

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**  
**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO**  
**UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO**

## **Relato de Práticas de Natureza Profissional**

**Prestación de cuidados de calidad ofrecidos por la comadrona durante la  
Fase de Latencia**

**Sara Muñoz Portela**



Viana do Castelo, mayo 2014



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**  
**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO**  
**UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO**

**Relato de Práticas de Natureza Profissional**  
**Prestación de cuidados de calidad ofrecidos por la comadrona durante la**  
**Fase de Latencia**

Relato presentado a la Escuela Superior de Salud de Viana do Castelo para  
Obtención del Grado de Master en Enfermería de Salud Materna y Obstetricia,  
respaldado por el Despacho nº 345/2012do DR, 2ª série-Nº8 de 11 de enero de 2012

**Sara Muñoz Portela**

Orientadora

Maria Augusta Moreno Delgado da Torre  
Especialista en el Área Científica de Enfermería,  
Profesora Adjunta en la Escuela Superior de Salud de Viana do Castelo



Viana do Castelo, mayo 2014

Muñoz Portela, S. (2014) - *Relato de Prácticas de Naturaleza Profesional: Prestación de cuidados de calidad ofrecidos por la comadrona durante la fase de latencia*. Viana do Castelo: Relato final de Estágio de Natureza Profissional do “Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia” de la “Escola Superior de Saúde” de Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.

Trabajo expresamente elaborado como relato de prácticas original, para efecto de obtención del grado de Master en Enfermería de Salud Materna y Obstetricia, presentándolo en la Escuela Superior de Salud de Viana do Castelo.

Descriptores: *COMADRONA, TOCOLOGÍA, PRIMER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO, PARTO HUMANIZADO, CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.*

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo supone la culminación de mucho tiempo de empeño para alcanzar, cuidar y disfrutar algo que deseé durante mucho tiempo, ser comadróna.

Han sido varios los momentos difíciles y probablemente hayan sido vividos de una forma más intensa de lo deseada. Son muchos los esfuerzos realizados, propios y ajenos: alejarse permanentemente de mis personas importantes, dimitir de mi puesto de trabajo y cruzarme tres países a contrarreloj para empezar algo nuevo, sin nada más que la ilusión.

Me faltaría tiempo, páginas y palabras para agradecer la confianza que me fue depositada cuando emprendí este proyecto, porque aunque físicamente estaba sola siempre me sentí acompañada. Me ha llegado apoyo y ánimo desde varios rincones del mundo. A veces me siento contenta por vivir en la generación de *Skype*, *Whatsapp* y que *Correos* de vez en cuando funcione bien, porque me hicieron y siguen haciendo llegar todas las sonrisas y besos que me pierdo por no estar allí.

Necesito dar un enorme GRACIAS a las personas que se fueron cruzando en el camino y que de diferentes maneras no solo me han ayudado; ellas me han salvado y han influenciado en mi carácter para convertirme en la persona actual. A pesar que no las pueda citar a todas, no puedo dejar de nombrar a aquellas sin las que no hubiese conseguido lo que yo considero un éxito: a Jaume por facilitarme el despegue, Sandrine y Amandine por abrirme los ojos a otra realidad; a Miriam por aprender a regular mi válvula de escape (y la suya); a Jordi por ser mi segunda consciencia y quererme en la distancia; y por supuesto a Gris y Pepe por estar siempre presentes y con quienes he comprendido, casi del todo, lo que significa ser padres.

A todos; sin vuestras palabras, gestos y miradas no hubiese podido sobrepasar las barreras, no fue siempre bonito y me alegra haberos tenido para poder compartir sufrimiento y lágrimas; ahora espero continuar compartiendo lo que más nos gusta, nuestra felicidad.



## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	15
2. HIPÓTESIS Y CUADRO CIENTÍFICO DE LAS PRÁCTICAS.....	19
3. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO DE PRÁCTICAS .....	23
3.1. Centro Hospitalario Universitario de Vaud (CHUV) .....	24
3.1.1. Misiones y valores de la institución:.....	25
3.2. Gabinete Comadrona Independiente: Murmures de Vie .....	27
3.2.1. Misión y valores de la institución: .....	27
4. RELATO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN CONTEXTO DE PRÁCTICAS DE CUIDADOS .....	31
4.1. Prestación de cuidados a la mujer/familia inserida en la comunidad durante el Trabajo de Parto y optimizar la salud de la parturienta y del RN en su adaptación a la vida extrauterina en el contexto hospitalario - Centro Hospitalario Universitario de Vaud .....	31
4.1.1. Objetivos generales y específicos: .....	32
4.1.2. Competencias desarrolladas / adquiridas .....	42
4.2. Prestación de cuidados a la mujer/familia en Trabajo de Parto en contexto de domicilio – Gabinete de Comadronas Independientes : Murmures de Vie.....	43
4.2.1. Objetivos generales y específicos .....	44
4.2.2. Competencias desarrolladas / adquiridas .....	49
5. PRESTACIÓN DE CUIDADOS DE CALIDAD OFRECIDOS POR LA COMADRONA DURANTE LA FASE DE LATENCIA: REVISIÓN DE LITERATURA .....	51
5.1. Introducción .....	51
5.2. Pregunta de Investigación y Problemática .....	52
5.3. Cuadro de Referencia.....	55
5.3.1. Trabajo de Parto .....	55
5.3.2. Fase de Latencia del Trabajo de Parto .....	57
5.3.3. Fase Activa del Trabajo de Parto .....	59
5.4. Rol de la Comadrona en el Cuadro Práctico .....	60
5.4.1. Definición .....	60
5.4.2. Rol dentro del cuadro práctico durante la Fase de Latencia .....	61

5.5. Calidad de los Cuidados.....	64
5.5.1. Roles y responsabilidades en la mejora de la calidad.....	65
5.5.2. Prolongación de la Fase de Latencia.....	67
5.6. Metodología.....	68
5.6.1. Bases de datos.....	68
5.6.2. Fase de investigación.....	70
5.6.2.1. <i>Construcción de las palabras clave y de los descriptores</i> .....	70
5.6.2.2. <i>Construcción de la ecuación de investigación</i> .....	71
5.6.2.3. <i>Presentación de los resultados</i> .....	74
5.7. Conclusiones de la Investigación.....	77
6. CONCLUSIONES DE LAS PRÁCTICAS DE NATURALEZA PROFESIONAL.....	79
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81



## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Formato PICO para la elaboración de la pregunta de investigación .....	70
TABLA 2: Palabras clave y descriptores .....	71
TABLA 3: Ecuación de investigación y número de resultados para la base de datos PubMed .....	72
TABLA 4: Ecuación de investigación y número de resultados para la base de datos CINAHL .....	73
TABLA 5: Resultados de los estudios analizados .....	76



## RESUMEN

**Introducción:** El relato describe las experiencias adquiridas durante las Prácticas de Naturaleza Profesional de la especialidad como comadrona. Relata la observación, la experiencia y resume una revisión bibliográfica con análisis científico sobre las competencias de la comadrona durante la fase de latencia del trabajo de parto.

**Objetivos:** Desarrollar las competencias establecidas por la Orden de los Enfermeros, para el ejercicio profesional de la comadrona, enfocadas hacia los cuidados ofrecidos durante la fase de latencia del trabajo de parto. Justificar cómo se puede ayudar a mantener la fisiología durante todo el proceso de parto con la finalidad de ofrecer una mejor calidad de cuidados a la salud contribuyendo a una mejor práctica.

**Metodología:** Prácticas de cuidados hospitalarios y extra-hospitalario en Suiza, con cuidados ofrecidos a la mujer dentro de la familia y comunidad enfocados a la fase de latencia del trabajo de parto, en un ambiente seguro, optimizando así la salud de la parturienta y del recién-nacido en su adaptación a la vida extrauterina, fundamentada en el modelo de Peplau y revisión sistemática de literatura sobre la prestación de cuidados de calidad ofrecidos por la comadrona.

**Resultados:** Realizadas 61 prestaciones de cuidados a embarazadas sanas y 26 a embarazos de riesgo, 47 partos eutócicos y 17 distócicos, 13 episiotomías realizadas y 26 episiorrafías; realizadas 70 consultas de las cuales 30 a embarazadas de riesgo; prestados cuidados a 133 puérperas/familia y recién nacidos sanos y a 52 de riesgo. Revisión de literatura con análisis de 7 artículos, constatando que no existe consenso entre ellos para definir la fase de latencia y que una atención personalizada beneficia la calidad de cuidados hacia la salud materno-fetal.

**Conclusiones:** El cuidado a la mujer y familia requiere competencias técnico-científicas, cognitivas, relacionales y socioculturales. Se han evidenciado diferentes prácticas laborales consecuencia de la falta de consenso en la literatura, además de la diferente apreciación obtenida por cada profesional ante situaciones iguales. Este hecho puede repercutir en la calidad de los cuidados ofrecidos y por lo tanto a la salud materno-fetal.

**Palabras clave:** *Comadrona, Tocología, Primer Periodo del Trabajo de Parto, Parto Humanizado, Calidad de la Atención de Salud.*



## ABSTRACT

**Introduction:** This “article” accounts for the experiences and skills acquired during the midwife internship period, which took place in a different country from that where the education was given. It illustrates the perspective, as well as a literature review with scientific analysis of the midwife competencies during the latent phase of labour.

**Objectives:** Develop the skills established by the Portuguese Order of Nurses, as well as WHO, to practice midwifery focusing on care provided during the labour latent phase.

Justify how the midwife can help to maintain the physiology birthing process, with the aim of providing quality care and contributing to better health practices during delivery.

**Methodology:** Practices of hospital and extra-hospital cares in Switzerland. Analysis of care offered to women, part of a family and community, during the labour latent period. This involved making timely diagnosis, in a safe environment, thus optimising the health of the mother and the new born in their adaptation to extra-uterine life. Experience based by means of the model of nursing Psycho-dynamic of Peplau and systematic review of literature by means of Scientific Investigation on the provision of quality cares offered by the midwife.

**Results:** The study was carried out on 61 healthy pregnant women, and 26 risk pregnancies, intervening in 47 eutocique births and 17 complicated births. 13 episiotomy and 26 episiorrhaphy were performed. A total of 70 cases were attended, of which 30 were risk pregnancies.

Furthermore care was provided to 133 postpartum (family and healthy new born babies) and 52 new born at risk. Likewise they analysed 7 articles, ascertaining that it doesn't exist consensus between them to define the latent phase but that a personalized attention benefits the quality of cares to the maternal and foetal health.

**Conclusions:** The cares to the woman and family require technical competitions-scientific, cognitive, relational and sociocultural. These differences are a consequence of the lack of consensus in the literature as well as the differences in perception by each of the individuals when faced with the same situations. This fact can have repercussion in the quality of the cares offered and therefore to the maternal and foetal health.

**Keywords:** *Midwife, Midwifery, First Stage of Labour, Natural childbirth, Quality of Health Cares.*



## **SIGLAS**

CHUV –Centro Universitario Hospitalario del Cantón de Vaud

CTG – Registro Cardiotocográfico

EEESMOG – Estudios de Enfermera Especialista en Salud Materna, Obstetricia y Ginecología

EPFL – Escuela Politécnica Federal de Lausanne

ESMO – Enfermería de Salud Materna y Obstetricia

FA – Fase Activa

FBM – Facultad de biología y medicina

FC – Frecuencia Cardíaca

FCF – Frecuencia Cardíaca Fetal

FL – Fase de Latencia

HELLP – Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelet count

HESAV – Alta Escuela de Salud del cantón de Vaud

IV – Intravenoso/a

MESMO – Master en Enfermería de Salud Materna y Obstetricia

MIU – Muerte Intrauterina

OE – Orden de los Enfermeros

OMS – Organización Mundial de Salud

PICO – Population/Patient – Intervention/indicator – Comparator/Control – Outcome

PF – Formadora Práctica

PNP – Prácticas de Naturaleza Profesional

RCIU – Retraso del Crecimiento Intrauterino

RN – Recién-nacido

RPM – Ruptura Prematura de Membranas

SMO - Salud Materna y Obstétrica

TA – Tensión Arterial

TP – Trabajo de Parto

TV – Toque Vaginal

UNIL – Universidad Internacional de Lausanne





## 1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo consiste en el relato de las Prácticas de Naturaleza Profesional (PNP) que transcurrieron durante el periodo del 20 de mayo de 2013 al 23 de febrero de 2014, realizado en el contexto de cuidados hospitalarios y extra-hospitalarios mediante el programa de movilidad internacional europeo ERASMUS, en el Hospital Universitario de la ciudad de Lausanne (Suiza) y en el gabinete de comadronas Murmures de Vie en Aubonne (Suiza).

Las PNP integran una formación educativa cualificada, innovadora y participativa, comprometida con la formación humanista, la creación y la gestión del conocimiento y de la cultura, la investigación, la ciencia, la tecnología, el arte y la prestación de servicios a la comunidad.

La prestación de cuidados especializados ofrecidos a la mujer dentro de la familia exigen un conjunto de competencias del profesional sanitario. Con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y materna de la mujer y de su familia a lo largo del ciclo vital; en su faceta preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud. Se incluye así mismo la atención a la madre en el diagnóstico, control y asistencia durante el embarazo, durante el parto y el puerperio normal y también la atención al hijo durante sus primeros días de vida, hasta el destete.

Esta idea de cuidados estimula la formación intelectual y profesional para la práctica de los mismos, pudiendo requerir otros paradigmas y utilizando otros contextos como la movilidad a nivel nacional e internacional. El cambio de Portugal a Suiza estuvo motivado principalmente para conseguir los objetivos necesarios solicitados por la orden de los enfermeros y que son obligatorios para poder obtener el reconocimiento como enfermera especialista, también llamada comadrona o matrona. La elección del país de destino para las PNP fue tomada con la intención de conocer un nuevo contexto que pudiese responder a las necesidades personales y profesionales; y de esta forma desarrollar las competencias para el ejercicio de la enfermera especialista en salud materna y obstétrica.

Para ello era necesario afinar las técnicas prácticas y mejorar las competencias como profesional (Reglamento nº 127/2011, publicado en el Diario de la República, 2.<sup>a</sup>

*serie* — N.º 35 de 18 Febrero de 2011), referente a las Competencias Específicas del Enfermero Especialista en Enfermería de Salud Materna, Obstetricia y Ginecología; y consecuentemente, dar cumplimiento a los requisitos previstos en la Directiva nº 80/155/CEE del 21 de Enero, modificada por la Directiva nº 89/594/CEE de 30 de Octubre y por la Directiva 2013/55/EU, del 20 de Noviembre de 2013 por la Comunidad Europea y por la Directiva Ley nº 9/2009 de 4 de Marzo, en lo que concierne a la formación de la comadrona y obtención del título como especialista. Se constituyó también como objetivo de las PNP, estudiar en mayor profundidad las práctica de la comadrona frente a la mujer que se encuentra en fase de latencia (FL) del trabajo de parto (TP). Los motivos por los cuales fue escogida esta dirección de investigación fueron originados a partir del propio diagnóstico de necesidades que fue realizado previamente durante las primeras prácticas en sala de partos.

Tras unas breves experiencias teórico-prácticas en diferentes hospitales, se apreciaron diferencias entre el abordaje de cuidados ofrecido a las pacientes. Al mismo tiempo, mediante la literatura investigada se nos ofrecían visiones diferentes sobre cómo actuar frente a una misma situación. Fue en la sala de partos donde se remarcaron más estas diferencias dado que cada intervención personalizada y normalmente se dan en momentos de crisis agudas. Tras 5 semanas de prácticas en el servicio se intentó comprender al detalle las razones que llevaban a un profesional y a otro a tomar decisiones diferentes ante una misma situación como por ejemplo según el tiempo de dilatación.

Ya durante las prácticas en sala de partos en la maternidad de un gran hospital situado en el norte de Portugal, resultaba sorprendente la sutileza que se necesitaba para diagnosticar el momento en el que una mujer se encontraba en la FL del TP. Así como la discordancia que podía existir entre las apreciaciones de diferentes trabajadores del mismo campo.

En aquel momento ésta controversia llevó a una vez llegado el momento de escoger un local de prácticas para realizar la estancia de las PNP, que los esfuerzos se dirigiesen a un país como Suiza, donde la investigación y las ciencias médicas están valoradas y reconocidas a nivel mundial.

Este relato de PNP estará dividido en 5 capítulos: el primero dará lugar a la hipótesis y cuadro científico de las prácticas; el segundo descubrirá las características técnicas de cada uno de los contextos de formación profesional que fueron descubiertos durante las PNP; el tercero relatará el transcurso práctico de cada local de trabajo; el

cuarto presentará la revisión de literatura efectuada durante este tiempo, mediante la elaboración de una pregunta de investigación a través de los componentes PICO (Population/Patient – Intervention/indicator – Comparator/Control – Outcome), y usando las bases de datos CINAHL, PubMed y MIDIRS para la búsqueda de los artículos científicos que sustentasen el trabajo; y por último, el quinto capítulo concluirá ofreciendo con una conclusión general de la experiencia.



## **2. HIPÓTESIS Y CUADRO CIENTÍFICO DE LAS PRÁCTICAS**

Las comadronas deben conseguir ofrecer cuidados de calidad. El éxito está vinculado con el buen desarrollo de las capacidades cognitivas del profesional, así como aquellas capacidades técnico-científicas en el trabajo, proporcionando autonomía para tomar decisiones de forma individual si es necesario, identificando las necesidades y prioridades que puedan surgir. Asimismo, también es importante desarrollar las capacidades relacionales, de comunicación y socioculturales para poder establecer un contacto próximo y de confianza con las pacientes. Todo ello sin olvidar que siempre se debe trabajar según el código deontológico y manteniendo un respeto por la ética que pueda conllevar cada situación.

La primera experiencia de prácticas en sala de partos fue realizada en una gran maternidad establecida en la zona norte de Portugal. En ese momento los conocimientos de los que se disponían y que se utilizaban eran aquellos obtenidos únicamente a través de la teoría y los seminarios teórico-prácticos. Conjuntamente ofrecían la seguridad necesaria para que el principiante se adentrara en el trabajo de la enfermera especialista en obstetricia, gozando así de una autonomía diferente dentro del equipo de cuidados enfermeros.

Estas PNP permitieron una observación general sobre cual era el funcionamiento de una gran maternidad, pero la escasa experiencia no permitió comprender y analizar más detalladamente los cuidados ofrecidos.

Pasados unos meses de esta primera experiencia la visión inicial fue cambiando a medida que se consiguió crear una identidad propia como profesional. La primera falta de experiencia se traducía en una falta de argumento para improvisar los cuidados ante ciertas situaciones y por lo tanto, en falta de justificaciones para comprender las diferencias ante los diferentes tipos de cuidados.

La experiencia adquirida durante la formación teórico-práctica llevó a pensar que debía existir la manera de mantener la fisiología del embarazo hasta el alumbramiento, sin necesidad de intervenciones médicas, más allá de lo que se había vivenciado en la maternidad. Esta visión junto con las necesidades personales de conocer más posibilidades en cuanto al cuidado ofrecido a la mujer en otros países, como por ejemplo la posibilidad de realizar el parto en domicilio o en casa de partos, influyó en la toma

de decisión hacia qué países dirigir las futuras PNP. La elección se centró en los países desarrollados del centro y norte de Europa, donde la comadrona es un profesional autónomo y reconocido en toda su complejidad por la sociedad.

La intención era conocer en mayor profundidad las responsabilidades y actividades de la comadrona y finalizar así la formación. Finalmente el destino escogido fue Suiza, donde se esperaba encontrar un sistema de salud sin grietas, inmejorable, sin escatimar en gastos para la salud, destacando el respeto hacia el paciente mediante cuidados basados en evidencias científicas.

En Suiza se pudo establecer contacto con 2 sistemas de trabajo diferentes, así como otros colateralmente sin necesidad de practicar en ellos. La primera experiencia fue establecida en el Centro Hospitalario Universitario de Vaud (CHUV), la institución más reconocida del cantón de Vaud y la más prestigiosa de la parte francófona junto con el Hospital Universitario de Ginebra. Fueron ofrecidos 3 meses de formación práctica por parte de la institución. Durante estas prácticas hubo que adaptarse a un nuevo lenguaje, un nuevo lugar, nuevos protocolos y líneas de actuación.

Se diseñó un plan de acción considerado posible de realizar y prioritario ante el fin de la formación, que tubo en cuenta la posibilidad de desarrollar las competencias a nivel de prestación de cuidados a la mujer dentro de la familia y comunidad, durante el TP efectuado en un ambiente seguro, con la intención de optimizar la salud de la parturienta y del recién nacido en su adaptación a la vida extrauterina – teniendo por base las competencias específicas del EEESMOG, reflejadas en el Reglamento nº 127/2011, publicado en el Diario de la República, en lo que concierne a la formación de “Comadrona” por la Comunidad Europea; profundizar en un área de conocimiento que se evidenció como una necesidad de respuesta a las vivencias obtenidas durante las prácticas precedentes, deseando investigar las posibles actuaciones de la comadrona frente a la FL. El logro de estos objetivos tiene como finalidad el desarrollo personal y profesional, así como la mejora de la calidad de los cuidados, siendo para ello fundamental desarrollar las capacidades de análisis y pensamiento crítico; sustentado por los 4 campos preconizados por la Orden de los enfermeros: Responsabilidad profesional, ética legal, gestión de la calidad de los cuidados y desarrollo de los aprendizajes profesionales.

El cuadro científico que mejor se adecua a estas prácticas es el modelo de Peplau (1993). Es un modelo orientado inicialmente a la enfermería psiquiátrica pero que se adaptarse al trabajo ejercido por la comadrona ya que se centra en la relación establecida

con el paciente, tomando como sustento las bases teóricas psicoanalistas, de las necesidades humanas y del concepto de motivación y desarrollo personal. Define la “Enfermería Psicodinámica” como “aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia” (Alligood & Tomey, 2004). Para la autora, la enfermería es un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades. Basa este planteamiento en que las personas son seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la enfermedad.

La relación interpersonal entre enfermera y paciente puede llevarse a cabo en diferentes entornos: hospital, escuela, comunidad, entre otros, con el objetivo de mejorar la salud, aumentar el bienestar y atender a las enfermedades. Este modelo pues, se caracteriza por la forma de actuación de la enfermería para alcanzar los objetivos anteriores. Se trata de actuar en la posición de la persona o paciente, actuar orientándole, actuar manteniendo y mejorando su estado físico y psíquico, actuar mediante la instrucción, entre otras posibilidades. Las acciones son realizadas tanto por el paciente como por la enfermera a través de la interrelación personal.

La meta se puede considerar alcanzada cuando el paciente alcanza el máximo grado de crecimiento personal y de salud dentro de sus limitaciones. La dinámica que hace progresar la actividad es la capacidad de los sujetos (tanto enfermera como paciente) para poder establecer relaciones interpersonales, aprender y desarrollarse.

El objetivo de este modelo de enfermería es ayudar al paciente y al grupo comunitario a conseguir la salud de forma que enfermera y paciente alcancen el mayor grado de desarrollo personal.

En la relación enfermera y paciente, la misma autora describe 4 fases:

1. Orientación: En esta fase el paciente tiene “una necesidad insatisfecha” y por tanto precisa apoyo profesional. La enfermera le ayuda a reconocer y entender sus problemas.
2. Identificación: El paciente se relaciona e identifica con quienes pueden ayudarlo. La enfermera le ayuda a desarrollar fuerzas positivas para llegar a satisfacer sus necesidades
3. Explotación: El paciente intenta aprovechar al máximo todo lo que se le brinda

a través de su relación con la enfermera.

4. Resolución: Los objetivos iniciales van cambiando progresivamente, y en la medida que el paciente se hace menos dependiente se va liberando de su identificación con el enfermero/a.

En la relación de enfermería con el paciente, Peplau (1993) llega a describir seis funciones diferentes a desarrollar.

1. Papel del extraño: El enfermero es, en primera instancia, para el paciente, un extraño. Es necesario establecer con el paciente una relación aceptándolo tal y como es, sin juicios de valor sobre su persona. En esta fase la relación enfermero – paciente no está aún personalizada, y se correspondería con la identificación.

2. Papel de persona-recurso: La enfermera da respuestas específicas a las preguntas del paciente en lo relativo a su salud, es muy importante que estas se den de acuerdo con la personalidad y capacidades intelectuales del paciente.

3. Papel docente: La autora habla de 2 categorías de enseñanza a los enfermos: enseñanza instructiva, basada en dar a las personas la información necesaria, y enseñanza práctica basada en utilizar la experiencia del paciente como base para el aprendizaje (aprender de la propia experiencia).

4. Papel conductor: El profesional de enfermería ayuda al paciente enfermo a través de una relación de cooperación y de participación activa.

5. Papel de sustituto: El profesional de enfermería desarrolla un papel de sustituto de alguien. Posteriormente es necesario ayudarlo a diferenciar, puesto que hay que establecer los campos de dependencia e independencia en la relación enfermero- paciente.

6. Papel de consejero: El consejo funciona en la relación, de manera que las enfermeras/os responden a las necesidades de sus pacientes, ayudando a que recuerden y entiendan completamente lo que le sucede en la actualidad, de modo que pueda integrar esa experiencia en vez de disociarla de las demás experiencias de su vida. (Peplau, 1993).

Se considera el modelo de Peplau (1993) como un modelo de interacción, donde enfermera y paciente unidos pueden aprender y crecer personalmente y mediante el cual no se trata de dar consejo sino de proporcionar una oportunidad al paciente para que reflexione la solución a sus necesidades y saque sus conclusiones.



### **3. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO DE PRÁCTICAS**

Las PNP comenzaron con los cuidados en 2 contextos diferentes, un contexto hospitalario seguido de un contexto domiciliario y autónomo.

Una vez en Lausanne (Suiza), fue ofrecida desde la escuela “Haute École de Santé Universitaire de Vaud” (HESAV) la posibilidad de iniciar las PNP en un hospital universitario, el Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Los hospitales universitarios gozan de un alto reconocimiento en Suiza dado que están obligados a realizar investigación científica paralelamente a sus cuidados, y así mantener sus conocimientos y técnicas actualizadas en función de los últimos estudios publicados. Son hospitales referentes, adaptados para acoger todo tipo de pacientes y tratan los casos patológicos que el resto de hospitales no pueden acoger.

Por estos motivos, la opción de las PNP y del local de las mismas fue escogida según las mejores opciones ofrecidas para alcanzar el objetivo de reforzar y ampliar los conocimientos sobre un área de la obstetricia en uno de los mejores hospitales del país, exigiendo una gran reflexión y responsabilidad.

Como segundo lugar de prácticas se ofreció el contexto domiciliario. En esta segunda etapa fue descubierto un gabinete de comadronas independientes que ofrecen sus servicios de forma autónoma e independiente: el gabinete Murmures de Vie.

La comadrona independiente es aquella que ofrece sus servicios como profesional en un ambiente extra-hospitalario a mujeres o familias que desean vivir la experiencia del embarazo y/o parto, en condiciones diferentes a las encontradas en un hospital. Puede ocuparse de todos los embarazos que sean fisiológicos y también de los patológicos siempre que estén supervisados por un ginecólogo, realizándose así una supervisión en estrecha vinculación entre los 2 profesionales. Se ocupa de todo el periodo de embarazo, del parto y de los primeros 10 días de posparto. También puede ofrecer atención especializada a la mujer, enfocando los cuidados hacia ámbitos concretos como la psicológica relacionada con la maternidad, recuperación del suelo pélvico o gimnasia pre y posnatal, entre otras muchas posibilidades.

A continuación se pasará a la caracterización detallada de cada uno de los contextos en los que se desarrollaron las prácticas, para conocerlos en mayor profundidad y detalle.

### **3.1. Centro Hospitalario Universitario de Vaud (CHUV)**

El CHUV es un hospital universitario situado en la ciudad de Lausanne, Suiza. Consta de 6 edificios todos ellos ubicados en un mismo campus e incluyendo el hospital principal donde se atienden la mayor parte de pacientes; la maternidad donde se atiende a las mujeres en todo momento del embarazo, servicio de Posparto y Neonatología; la Policlínica Médica Universitaria donde se encuentran las consultas externas especializadas así como las urgencias; el Hospital Nestlé para la neuropsicología y neurorehabilitación; el Hospital Ortopédico dedicado a la ortopedia y traumatología; y el Hospital Beaumont que se ocupa de los servicios de enfermedades infecciosas. La Haute École de Santé de Vaud (HESAV), el centro de investigación, oficinas y apartamentos para el personal sanitario también se encuentran en el mismo recinto.

En la maternidad del CHUV existían 5 salas de parto individuales, 4 camas para provocaciones del parto, una sala de consultas de urgencias y un bloque quirúrgico anexo que constaba de 4 salas, 2 de las cuales se utilizaban tanto para atender cesáreas programadas como urgentes y el resto de quirófanos eran utilizados para la cirugía ginecológica. Para hacer funcionar el área de la sala de partos se disponía de un equipo constituido por 7 comadronas que trabajaban en 3 turnos horarios diferentes. De este equipo, una comadrona quedaba designada como la coordinadora del mismo pudiendo ayudar al resto del equipo si le era posible, otra comadrona se responsabilizaba de las pacientes que debían provocar el parto de forma farmacológica y las otras 5 comadronas tomaban posesión individual de cada una de las salas de parto y de las cesáreas programadas durante la mañana.

El equipo de guardia médica estaba constituido por 1 ginecólogo jefe y 1 ginecólogo asistente. Este equipo de ginecólogos se encargaba de realizar tanto las cesáreas como de atender los casos de urgencia (trazados patológicos del cardiotocograma (CTG), partos distócicos, consultas obstétricas) que pudieran originarse en la sala de partos. El ginecólogo del servicio Prenatal y de Ginecología, era a la vez el referente de las pacientes que se encontraban en las habitaciones del servicio de provocación.

Si en algún momento se necesitaba un anestesista, se disponía de uno de guardia permanente para el edificio de la maternidad. Habitualmente se encontraba ubicado en el quirófano de obstetricia y ginecología, al mismo nivel que la sala de partos, pudiendo disponer de él en cualquier momento así como pudiendo acceder al quirófano con gran rapidez y facilidad.

Un equipo de 6 pediatras de los cuales 2 son médicos referentes y 4 asistentes, se encontraban en el mismo edificio de la maternidad, principalmente en el servicio de Neonatología. Eran llamados para asistir al control del RN de todas las cesáreas y para todos los casos que se creían necesarios en la sala de partos.

Dentro del equipo de la sala de partos también se encuentran las “Nurses”. Se trata de profesionales de la salud con estudios realizados en escuelas superiores, centrados en los cuidados básicos, en este caso al RN. Ejercen un trabajo similar al de una asistente de comadrona, pudiéndose encargar de aquellos controles neonatales que se prevean fisiológicos.

### 3.1.1. Misiones y valores de la institución:

El Centro Hospitalario Universitario Vaudois (CHUV) es uno de los 5 hospitales universitarios suizos. A través de su colaboración con la Facultad de biología y medicina de la Universidad de Lausanne, el CHUV desempeña un papel principal mediante el European-wide en las áreas de atención médica, investigación médica y capacitación.

Tres misiones básicas se confían al CHUV por las autoridades públicas:

**1. Cuidados:** El CHUV proporciona tratamiento en todas las especialidades médicas. Satisface las necesidades de la población de Lausanne como hospital de primera instancia. Es hospital referente del municipio y de gran parte de la Suiza francófona para pacientes que requieren cuidados especializados o ultra especializados. Tiene un rol pionero en Suiza y Europa e incluso a nivel internacional en los dominios reconocidos. El CHUV también proporciona misiones en salud comunitaria y mantiene los esfuerzos en materia de prevención y salud pública.

**2. Formación:** Como hospital universitario, el CHUV participa en la formación pre y posgrado de médicos, cuidadores y otros profesionales de la salud en estrecha colaboración con la Facultad de Biología y Medicina (FBM) de la Universidad Internacional de Lausanne (UNIL), sociedades académicas y altas escuelas de la salud como HESAV. El CHUV también ofrece formaciones para que los trabajadores alcancen su madurez profesional.

**3. Investigación:** El CHUV invierte en actividades de investigación, cambio para avanzar y en colaboración con la UNIL y su Facultad de biología y medicina. El CHUV también desarrolla investigaciones con la Escuela Politécnica Federal de Lausanne

(EPFL), asociaciones, universidades, instituciones de investigación suizas y otras instituciones internacionales.

Cinco valores alimentan su acción, motivan sus decisiones y son transportados a través del plan estratégico 2014-2018:

**1. La competencia** del personal del CHUV: permite una acogida cuidadosa, eficiente y apropiada para cada paciente con el fin de garantizar la mejor atención, velando por su bienestar. Más allá de estos objetivos fundamentales - aliviar el sufrimiento del paciente y la preocupación de familiares luchando contra los problemas de salud, las enfermedades y accidentes – las competencias ofrecidas en el CHUV están al servicio de los profesionales para su formación y de la adquisición de conocimientos y prácticas actualizados.

**2. Empatía:** el paciente y su familia son el centro de atención de los objetivos del CHUV. La empatía se demuestra a través de la acogida al paciente, la escucha y el respeto de sus valores.

**3. Creatividad:** el mundo de la salud es un mundo de incertidumbre donde los conocimientos evolucionan rápidamente. El CHUV y la FBM tienen como objetivo ofrecer la excelencia clínica y académica al servicio del paciente y de la comunidad. Esta ambición implica una mirada crítica sobre las prácticas actuales, una preocupación continua por parte de cada uno de sus colaboradores y la capacidad de imaginar e implantar nuevas soluciones.

**4. Responsabilidad:** el desempeño de las tareas del CHUV implica, por parte de los empleados, un fuerte sentido de responsabilidad hacia el paciente, la institución y toda la sociedad, incluyendo la igualdad de tratamiento y economía de medios.

**5. Transparencia:** El CHUV se compromete a informar a sus pacientes, colaboradores y socios de manera transparente y completa sobre su funcionamiento y sus prácticas en el cumplimiento de cada una de sus misiones de cuidados, formación e investigación. En el campo de los cuidados, se informan a los pacientes o a sus familiares tan pronto como sea posible de su estado de salud y de las diferentes opciones de tratamiento disponibles, informan sobre los riesgos/consecuencias asociadas con cada una de estas opciones y sobre el resultado de las prestaciones diagnósticas y terapéuticas.

Lo que se intenta conseguir finalmente es reforzar su vocación académica garantizando su misión como hospital regional; promover los objetivos y desempeñar un papel destacado en el país y hacia el exterior; ser un lugar privilegiado de formación para

todos los trabajadores de atención a la salud y ofrecer a los pacientes los cuidados más adecuados y eficientes respetando su individualidad.

### **3.2. Gabinete Comadrona Independiente: Murmures de Vie**

El gabinete de comadronas Murmures de Vie, está ubicado en un local de carácter privado, constituido por 3 profesionales autónomas. Está situado en un pequeño pueblo llamado Aubonne, situado a mitad de camino entre Ginebra y Lausanne, en Suiza. Acoge a todas aquellas pacientes que quieran dirigirse al centro para pedir cuidado o terapias y la comadrona deberá decidir si puede o no asumir la posibilidad de ofrecer un óptimo servicio: en función del tiempo de trayecto para llegar hasta el domicilio de la paciente en caso de urgencia durante el seguimiento del embarazo; o en función de la carga de trabajo actual.

Cada comadrona dispone de un vehículo y teléfono privado para poder dar respuesta inmediata a las consultas en caso necesario. Se ofrecen diferentes servicios vinculados a la obstetricia.

#### **3.2.1. Misión y valores de la institución:**

El gabinete “Murmures de Vie” ofrece las prestaciones de la comadrona y está constituido por 3 profesionales del ámbito que pueden trabajar de forma autónoma o grupal en caso necesario.

Antes del nacimiento ofrece una preparación al parto que puede ser en grupo o bien individual. El embarazo fisiológico es controlado por la comadrona con un total de 6 consultas y 2 ecografías que pueden ser realizadas por un médico o centro especializado y su importe es reembolsado íntegramente dado que forman parte de los cuidados obligatorios en Suiza. Asimismo es posible realizar un seguimiento de un embarazo de riesgo o bien el control del embarazo bajo orden médica si el contexto lo requiere y lo permite.

En caso de suceder una Muerte Intrauterina (MIU), es ofrecida la posibilidad de realizar igualmente el parto del feto de la forma deseada, junto con 5 visitas posparto.

Durante el TP, se garantiza la presencia de la comadrona en el domicilio una vez se inician las contracciones o se sospecha haber roto las membranas de la bolsa de líquido

amniótico. Siempre se seguirá el plan de parto y los deseos de la pareja para decidir como encaminar la continuación de los cuidados. Entonces, una vez el TP llegue a su fase activa (FA), se procederá a trasladar a la paciente o familia al lugar previamente elegido para parir. Al mismo tiempo, se previene mediante una llamada telefónica al servicio de maternidad del hospital más cercano. Normalmente cada paciente escoge un hospital de referencia al que se mantiene informado durante el final del embarazo, y al que se deberá acudir en caso que surjan complicaciones. Si esto ocurre, es la comadrona quien acompañará a la paciente hasta dicho hospital para que puedan ofrecerle los cuidados médicos necesarios. La familia allegada a la paciente puede en todo momento ser parte activa de la situación si así lo desea la paciente, siempre y cuando no suponga complicaciones añadidas al trabajo de la comadrona.

Si el parto transcurre en el domicilio o en la casa de partos, la comadrona permanecerá durante las 2 primeras horas después del nacimiento del RN. Seguidamente, la pareja decide si quiere quedarse en la casa de partos una/s noche/s, o bien si prefieren volver al domicilio al mismo tiempo que la comadrona. La madre y el niño recibirán las siguientes visitas de la comadrona allí donde se encuentren, pasadas unas horas después del parto, y de forma diaria durante los siguientes días. Estos cuidados de posparto son ofrecidos gratuitamente hasta el 10º día de vida del RN y cada visita tiene 1 hora de duración. Estos cuidados también pueden ofrecerse y alargarse bajo orden médica si el contexto lo requiere. Seguidamente a esta etapa, son ofrecidas 3 consultas gratuitas sobre lactancia.

El primer control ginecológico posparto debe realizarse entre la 6ª y 12ª semana después del nacimiento y también está incluido en los cuidados básicos ofrecidos para el embarazo.

En Suiza todo tipo de sanidad es privada, por lo que ciertas pacientes solo pueden tener acceso a determinados cuidados aportando una cantidad de dinero extra, pero en lo que concierne a la maternidad, todos los cuidados anteriormente citados están cubiertos por ley. Solamente las terapias alternativas o complementarias tales como acupuntura, homeopatía, neuropatía o haptonomía y las actividades de recuperación posparto pueden suponer un coste extra si no hay una necesidad demostrable.

La comadrona independiente, como su nombre indica, normalmente trabaja con sus propios medios profesionales sin estar vinculada a una institución.

Debe ser **competente** y demostrar conocimientos actualizados y renovados en todas las áreas y cuidados que decida ofertar a sus pacientes, pudiéndose ocupar de los

cuidados de planificación familiar, consulta prenatal o embarazo, del parto, del posparto, y además de todo tipo de formaciones que estén vinculadas con el rol de la comadrona.

Debe demostrar tener **empatía**, sintiéndose éste dote a través del respeto ante la toma de decisiones, escuchando las dudas y ofreciendo respuestas sin necesidad de posicionarse sobre la actitud que tomar, fomentando que sea la paciente junto con su familia quien decida y escoja como planificar y continuar su embarazo.

La **creatividad** no es menos importante, pues la comadrona independiente debe esforzarse por captar pacientes y ofrecer innovaciones, nuevas técnicas, nuevos tipos de cuidados, nuevos ejercicios que no podría experimentar en una institución hospitalaria.

Una gran **responsabilidad** marca el trabajo de la comadrona independiente, pues debe tener claro hasta donde llegan sus competencias y reconocer sus límites. Debe estar disponible y localizable para todas las circunstancias que puedan surgir a lo largo del embarazo y preocuparse de orientar e incluso desplazar a la paciente al servicio y lugar adecuado, para que reciba los mejores cuidados posibles en caso de urgencia.

También debe comprometerse a ofrecer **transparencia** a sus clientes, haciendo alarde de honestidad en la toma de decisiones y cuidando la relación de confianza que se establece entre ambas partes.

Debido al carácter más próximo y cálido de la comadrona independiente, estas prácticas fueron vividas de una forma relajada, aportando al mismo tiempo una gran revelación. Obliga a mantener actualizados prácticamente todos los conocimientos de su área de intervención. Desde las patologías prenatales, a los conocimientos adquiridos en la sala de partos o bien para el posparto y la lactancia. Un amplio abanico que tuve que trabajar y renovar, pues se trata de responder sobretudo a las dudas de los futuros padres, por lo que se vuelve imprescindible conocer como se trabaja en Suiza y cuales son las leyes respecto a los derechos y obligaciones de los padres para empezar una nueva vida en familia.





#### **4. RELATO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN CONTEXTO DE PRÁCTICAS DE CUIDADOS**

En el presente capítulo se pretende presentar el plan de acción y las actividades desarrolladas en el ámbito de la prestación de cuidados especializados a la mujer incluida en la familia y en la comunidad durante el TP, efectuando el parto en un ambiente seguro, tanto hospitalario como domiciliario, donde sea posible optimizar la salud de la parturienta y del RN que deberá adaptarse a la vida extrauterina. Para estructurar el plan de acción y desarrollo de las actividades que se tendrían que realizar durante el periodo de prácticas, fue necesaria la elaboración, definición y redacción por escrito de los objetivos correspondientes, así como un análisis de la situación personal de partida para identificar las necesidades que irían surgiendo a lo largo de las prácticas.

##### **4.1. Prestación de cuidados a la mujer/familia inserida en la comunidad durante el Trabajo de Parto y optimizar la salud de la parturienta y del RN en su adaptación a la vida extrauterina en el contexto hospitalario - Centro Hospitalario Universitario de Vaud**

Para el desarrollo de estas prácticas se realizó una descripción de objetivos generales y específicos que fueron presentados y evaluados antes de las prácticas y una vez acabadas.

En la maternidad del *CHUV* en *Lausanne*, aquellas pacientes que llegaban al término de su embarazo eran animadas a llamar a la sala de partos antes de dirigirse a la maternidad para hablar directamente con el personal de guardia de la sala. Durante la llamada la mujer expone su estado global, lo que concierne los posibles cambios recientes como el dolor, las contracciones, las pérdidas vaginales tales como flujo vaginal, líquido amniótico o sangre. Simultáneamente se realiza una breve anamnesis para conocer el estado de salud habitual de la paciente, el transcurso del embarazo, el tiempo de gestación y la paridad de la mujer, así como la reactividad del bebé preguntando si lo siente moverse.

Con estos datos e interpretando las sensaciones de la paciente, se establecía un primer diagnóstico y promovían consejos adaptados a la situación. Si los signos indicaban

que la paciente se encontraba en pre-trabajo, se aconsejaba a la paciente quedarse en el domicilio dándole diversos consejos adaptados a la situación y a su estado. Si por el contrario el TP había empezado o se sospechaba un posible riesgo, se aconsejaba a la mujer que se dirigiese a la maternidad para realizar un control.

Una vez la paciente llegaba a la maternidad, la acogida realizada por la era idéntica a la conducta en vigor adoptada por las comadronas que trabajan en la maternidad anteriormente mencionada en Portugal.

Solo, si la situación lo permitía, la práctica en el CHUV difiere y la mujer sería animada a volver al domicilio, o bien a esperar en un ambiente cercano al hospital para volver cuando se encontrase en una fase más avanzada, llamada FA.

Durante las prácticas en el CHUV se interaccionó sobretodo con pacientes que eran portadoras de patologías responsables de convertir la gestación y el parto en una situación de riesgo que iba de moderado a alto. Algunos ejemplos de las enfermedades atendidas, o bien gestaciones de riesgo son: colecistitis, alergias, cálculos vesiculares y renales, diabetes insulín dependientes o no, hipertensiones arteriales, pre-eclampsias, síndrome de Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelet count (HELLP), MIU al final de la gestación (los estudiantes no pueden hacerse cargo de la MIU debido a su complejidad emocional y a la necesidad de ofrecer informaciones específicas junto con el equipo médico), malformaciones fetales graves, hidramnios y poli-hidramnios, partos de embarazos gemelares, partos de prematuros y grandes prematuros, pre-roturas y roturas uterinas, cesáreas programadas y de urgencia.

#### 4.1.1. Objetivos generales y específicos:

El objetivo principal de esta actividad fue desenvolver competencias técnico-científicas, cognitivas, éticas, instrumentales, relacionales y sensorio emocionales en la prestación de cuidados a la mujer/familia durante o trabajo de parto e parto e do RN, con capacidad de análisis, reflexión y pensamiento crítico para establecer una práctica profesional de calidad hacia la mujer en TP, cumpliendo los requisitos necesarios para obtener el reconocimiento a nivel europeo y ejercer la profesión de comadrona. Para alcanzar este objetivo se redactaron otros objetivos más concretos:

- Descubrir el trabajo de la comadrona en sala de partos, en un ambiente diferente en cuanto a la organización y trabajo en equipo, en cuanto a la ideología y

práctica del trabajo y diferencias de la sociedad atendida. Conocer su autonomía e interrelación entre los diferentes miembros del equipo con los que se comparten conocimientos y responsabilidades para idear un plan de cuidados adecuado.

- Utilizar los conocimientos teóricos con la finalidad de relacionarlos con la práctica clínica y la situación de cada paciente en la sala de partos, y en situaciones complejas.
- Desarrollar la capacidad para preservar la fisiología en el TP siempre que la situación lo permita, conociendo sus riesgos potenciales.

Los objetivos específicos vienen redactados a continuación. Fueron descritos según los roles de la comadrona establecidos y con los cuales se desarrolla la actividad académica y laboral de los profesionales en el medio hospitalario y extra-hospitalario Suizo.

#### **A : Rol experto de la comadrona:**

- Definir la prioridades de acción en función de la anamnesis y del contexto.
- Acoger a la parturienta en sala de partos de forma autónoma.
- Desarrollar una acogida hospitalaria global (diferentes fases del TP, alumbramiento y posparto inmediato), procurando el bienestar de la pareja.
- Profundizar en la técnicas clínicas: Maniobras de *Léopold*, altura uterina, *Score de Bishop*, estimación del peso fetal, Toque Vaginal (TV), contracciones uterinas, manejo del dolor, entre otros.
- Conocer e identificar como se manifiestan en la parturienta las diferentes fases del TP con medidas como el TV y la observación clínica (postura, posición al deambular, respiración, contracciones, estado de fatiga o estrés, dolor, estado psíquico, dimensiones del vientre, entre otros.)
- Conocer las medidas analgésicas no medicales (masaje, baño, posiciones, movilizaciones, respiración, escucha, música, entre otros.) y ofrecer el sustento adecuado para mantener a la mujer sin epidural.
- Trabajar con técnicas y parámetros nuevos para evaluar el descenso de la presentación correspondiente a los planos de Hodge.

- Profundizar en la lectura del CTG: detectar la fisiología y las anomalías con el fin de ser capaz de poner uno o varios diagnósticos, proponer conductas a llevar a cabo o iniciar las intervenciones requeridas tras un CTG patológico.

- Ser capaz de poner uno o varios diagnósticos y establecer las intervenciones requeridas tras un CTG sospechoso o patológico.

- Pronunciar las acciones en voz alta.

- Reflexionar sobre cuales serán las intervenciones tras conocer el historial médico de la paciente, anticipar la actuación a las complicaciones en función de los factores de riesgo y de las especificidades de la situación, establecer un diagnóstico y un pronóstico.

- Entrenar/mejorar el TV así como las palpaciones uterinas.

- Entrenar/afinar el TV y las palpaciones uterinas.

- Efectuar partos fisiológicos autónomamente.

- Asistir en la acogida de situaciones patológicas o de riesgo (embarazos gemelares, MIU, RCIU, Pre-eclampsia, diabetes gestacional, entre otros).

- Conocer las conductas protocolarias que se deben seguir en caso de situación de urgencia, proponiendo medidas de acción colaborando con otros profesionales. Conocer los principales tratamientos administrados a la parturienta durante el TP: Su indicación, administración, efectos secundarios, contraindicación y supervisión necesaria.

- Ser capaz de realizar las consultas de urgencia en el seguimiento del embarazo: emplear el raciocinio clínico para poner uno o varios diagnósticos diferenciales teniendo en cuenta la complejidad de la situación materno-fetal y establecer el diagnóstico correcto.

- Desarrollar el análisis frente a situaciones patológicas con el fin de poder relacionar la teoría con la práctica.

- Realizar un cuaderno de ayuda para responder rápidamente a las situaciones patológicas, teniendo en cuenta la especificidad de la situación.

- Durante el TP, efectuar las vigilancias, valorar su evolución (mediante partograma), remarcar aquello que salga de la norma y proponer intervenciones en función de la situación, con la finalidad de restaurar o mantener la fisiología si sigue siendo lo indicado.

- Reconocer las etapas del parto (descenso por planos, rotación interna con protección del perineo, acompañamiento de la salida de la cabeza, rotación externa, maniobra de descenso para favorecer la salida del hombro anterior, recuperación de la posición para la salida del hombro posterior y siguiente salida del cuerpo) así como la supervisión de la distensión del perineo para determinar la necesidad de una episiotomía o no.

- Adquirir gestos adecuados durante el parto para limitar los desgarros, episiotomías y otros traumatismos posibles y practicar las suturas perineales.

- Ofrecer cuidados al RN sano: observación de la adaptación a la vida extrauterina y detección de eventuales dificultades (APGAR, termorregulación, hipoglicemia, entre otros)

- Ofrecer los primeros cuidados al RN así como practicar el estatus completo del mismo, al principio en colaboración con la comadrona o el pediatra y seguidamente de forma autónoma; realizar los diferentes controles al RN, especialmente los relacionados con problemas de adaptación a la vida extrauterina y efectuar los exámenes necesarios para las diferentes patologías (análisis sanguíneos, colaboración en la reanimación, entre otros)

- Participar de forma activa en las reanimaciones neonatales con la colaboración del equipo médico y siguiendo el algoritmo del hospital.

- Saber aplicar y practicar si la situación lo precisa, los gestos para un alumbramiento de placenta fisiológico, así como saber practicar diferentes métodos de alumbramiento de placenta (espontáneo, conducción activa, tracción controlada, entre otros), observar los diferentes beneficios de cada técnica para el alumbramiento de la placenta; saber cómo reaccionar si el proceso se vuelve patológico o presenta complicaciones. Prevenir la hemorragia del alumbramiento mediante supervisión continua (contracción e involución uterina, medida de la TA, FC , sensaciones verbalizadas por la paciente, entre otros.

### **B : Rol de comunicación de la comadrona:**

- Conocer el rol de cada profesional para poder trabajar de forma interdisciplinar y poder contactar con la persona indicada según cada situación.

- Conocer y utilizar los documentos de referencia relativos al servicio: filosofía de sus cuidados, protocolos, patrones para realizar los controles a la

paciente así como el material disponible para acompañar el TP, el parto y el posparto inmediato.

- Favorecer la intimidad y el bienestar de la mujer y de su acompañante.
- Construir una relación de confianza con la mujer y su acompañante.
- Proponer una acogida global de la mujer en este momento tan particular como es el TP, teniendo en cuenta su ambiente familiar, cultural, social y económico.
- Apoyar a la mujer y su acompañante en sus ideas y decisiones.
- Integrar el aspecto relacional y técnico del parto en una misma actuación.
- Utilizar una replica de pelvis junto con un muñeco para la demostrar y explicar a los futuros padres como ocurre el descenso y rotación del feto y así comprender la evolución correcta del parto.
- Utilizar los conocimientos para apoyar a las parejas en sus decisiones y su proyecto de parto en la medida de lo posible (compatibilidad entre el contexto la situación) y no según el ideal sobre el parto vaginal.
- Ser sensible, reconocer y respetar el ritmo fisiológico e individual de la mujer y del RN tras el parto.
- Acompañar a la pareja en la toma de decisiones y ofrecerles todas las informaciones necesarias para que puedan decidir con total conocimiento.
- Reconocer los límites de la autonomía en función de la experiencia y del nivel de estudios. Saber recurrir a las personas adecuadas en función de la situación.

### **C : Rol de colaborador de la comadrona**

- Realizar transmisiones orales y escritas de calidad, claras, adaptadas, pertinentes y sintéticas, utilizando el lenguaje profesional.
- Familiarizarse con los programas informáticos usados en el servicio para utilizarlos de forma autónoma.
- Adaptarse al funcionamiento del servicio y usar los protocolos de la institución con el fin de desarrollar la autonomía, colaborar con la comadrona de referencia y el equipo multidisciplinar.
- Utilizar la red de sustento social si es necesario: otros profesionales de la salud, servicios sociales entre otros.

- Analizar conjuntamente las situaciones y aprender a delegar.
- Comunicar oralmente y por escrito de forma consciente y sistemática.
- Terminar las acciones empezadas antes que de comenzar otras nuevas.
- Mejorar y fortalecer los recursos individuales y socioculturales específicos de cada mujer o pareja.

- Detectar y actuar frente a las posibles dificultades que puedan surgir tras problemas personales, familiares, sociales, culturales o financieros de la situación.

- Promover el bienestar de las mujeres durante cada fase del TP ofreciendo diferentes posibilidades para el manejo del dolor y el apoyo emocional.

#### **D : Rol manager de la comadrona**

- Encontrar una posición profesional para discutir las acciones.
- Reflexionar sobre la práctica y profundizar mediante la crítica constructiva sobre el trabajo personal e individual y el de los colaboradores.

- Afrontar las situaciones de urgencia (CTG sospechoso, distocia, sangrado, entre otros) actuando y participando activamente. Proponer acciones apropiadas dependiendo del diagnóstico y del pronóstico.

- Desarrollar la capacidad de anticipación para considerar las diferentes evoluciones posibles para una misma situación de cuidados.

- Conseguir encontrar y desarrollar estrategias para mantener la vigilancia activa de la paciente durante los momentos en los que se debe abandonar la sala (para realizar transmisiones de la situación al equipo) dado que no se dispone de CTG informatizado.

- Organizar y priorizar el trabajo utilizando adecuadamente los recursos del entorno.

- Explicar y argumentar detalladamente el significado de las acciones a las pacientes y compañeros/as.

- Saber reconocer los cambios en los estados fisiológicos, considerar las diferentes opciones y proponer intervenciones siendo consciente de los límites y de la autonomía.

## **E : Rol de promoción de la salud de la comadrona**

- Desarrollar la educación según los conocimientos y las necesidades de las pacientes.
- Conocer el plan de parto de la mujer y su pareja y comprometerse a respetarlo lo mejor y máximo posible.
- Conocer y favorecer los posicionamientos que permitan un mejor alivio del dolor, así como la estimulación del trabajo y el descenso del bebé. Promover la movilización y posiciones alternativas durante el parto, para promover el parto fisiológico.
- Adaptar el discurso para que sea accesible a la paciente, teniendo en cuenta su entorno (cultura, comprensión, disponibilidad para escuchar, entre otros).
- Tomar la iniciativa para realizar la primera evaluación completa del RN sano junto con la comadrona referente o la *Formadora Práctica* (PF).
- Practicar gestos invasivos como la episiotomía cuando la situación lo requiera.
- Aprender a disminuir el riesgo de desgarros vaginales mediante una buena preparación del perineo y una buena protección perineal.
- Promover el apego entre madre/padre e hijo, inicio de la lactancia precoz, fomentar el llamado piel con piel y ofrecer la mayor privacidad durante el posparto inmediato.
- Adaptar el discurso para que sea accesible a la paciente, teniendo en cuenta su entorno (cultura, comprensión, disponibilidad para escuchar, entre otros).
- Reflexionar sobre los cuidados prestados, justificando las acciones, propuestas y decisiones tomadas.

## **F : Rol de aprendiz y formadora de la comadrona**

- Realizar una autoevaluación escrita diaria personal donde se analicen las competencias y cuidados ofrecidos para ayudar al autoconocimiento y mejorar como profesional.
- Trabajar mediante la práctica reflexiva en colaboración con comadrona y la PF. Ser capaz de plantearse cuestiones para trabajar de forma individual o



colectiva. Argumentar ofreciendo un enfoque reflexivo basado en la teoría y las pruebas, con el fin de enriquecer la práctica profesional propia y sostener las decisiones y acciones escogidas.

- Aprender de los errores cometidos.
- Realizar las investigaciones necesarias a nivel bibliográfico para avanzar y evolucionar el conocimiento y la práctica.
- Ayudarme y aprender de las experiencias previas adquiridas durante las prácticas en Portugal y la experiencia profesional anterior, con el fin de proporcionar un mejor sustento a la paciente y cuidados profesionales.
- Trabajar de forma autónoma después de haber observado, integrado y analizado la práctica, siempre bajo la supervisión de la comadrona de referencia o PF.
- En caso de jornadas vacías de trabajo, aprovechar el tiempo para reproducir de forma ficticia situaciones patologías del embarazo para desarrollar el conocimiento y una mejor comprensión sobre las mismas.
- Mejorar la práctica de la delegación.

### **G : Rol profesional de la comadrona**

- Realizar una rápida integración en el nuevo equipo y servicio.
- Comprender y observar el lugar de trabajo así como la importancia del rol de la comadrona dentro del equipo multidisciplinar del CHUV y de la sala de partos.
- Reconocer los límites de la autonomía y el papel de los diversos profesionales con quien trabajar, pudiendo anticipando su presencia según los cuidados que precise la situación.
- Organizar los cuidados de forma adecuada a la situación.
- Evolucionar como futura profesional de la obstetricia.
- Auto-cuestionarse para demostrar la comprensión sobre la complejidad de la situación y así mejorar la eficiencia.
- Compartir y confrontar las actuaciones, los sentimientos y los conocimientos resultantes de las situaciones junto con el resto de profesionales.
- Ser capaz de analizar la distancia que existe entre la teoría y la práctica.

Las prácticas se desarrollaron en 2 periodos. Un primero de 4 semanas de duración durante el mes de junio de 2013. Y seguidamente, un segundo periodo de 7 semanas de duración en el mismo hospital y servicio para profundizar en los conocimientos adquiridos.

Las PNP fueron desarrolladas en 2 periodos seguidos: el primero se caracterizó por un rápido aprendizaje y adaptación al servicio, así como una amplia adquisición de nuevos conocimientos. El segundo estuvo marcado por el perfeccionamiento de competencias técnicas, la autonomía y la anticipación ante las situaciones.

Durante el inicio de las prácticas en el CHUV, se permitió una adaptación gradual, intentado en un primer momento que solamente se acogiesen aquellas situaciones que se preveían fisiológicas de principio a fin. Progresivamente se irían acogiendo pacientes con casos más complicados a nivel clínico ya que existe un gran porcentaje de las pacientes atendidas que presentan patologías asociadas al embarazo convirtiendo la situación en una de riesgo.

El nivel de exigencia de los cuidados fue motivador ya que obligaba a estudiar los manuales escritos en el centro e investigar cada una de las posibles patologías que son atendidas. Pero en otros momentos, la falta de experiencia y sobretodo la dificultad en dominar una lengua extranjera comportó momentos complicados dado que la evolución tenía un ritmo diferente al observado las personas pertenecientes ya al sistema suizo. A pesar de ello, se superaron las expectativas del equipo y el trato entre los diferentes miembros fue muy cordial e igualitario, permitiéndose interaccionar en todo momento con el equipo de comadronas y el equipo médico (ginecólogos y anestesistas), y pudiendo discutir sin dificultad los planes de cuidados de las pacientes así como a resolver las dudas antes las situaciones desconocidas.

Como recursos o materiales remarcables, destacaría la posibilidad de trabajar en sala de partos según el modelo de cuidados *One to One*, que consiste en ofrecer todo el tiempo de una comadrona a una sola paciente. El hecho de no disponer de CTG informatizado esta justificado porque la dirección quiere que las comadronas ofrezcan este modelo de cuidados, y que permanezcan el máximo tiempo posible junto a la paciente o en la misma sala. Es un modelo de cuidado desarrollado inicialmente en el Reino Unido. Provee una continua y personal relación de cada mujer con su comadrona. Se basa en el enfoque de cuidados de salud materna y obstetricia proveídos por profesionales independientes. Esto corresponde con las funciones *persona – recurso* así como *conductora* establecidas por Peplau (1993) cuando la enfermera debe dar respuestas

adecuadas a la personalidad del paciente, pues se consigue establecer una relación muy próxima con la parturienta pero a la vez deben reconocerse las situaciones en las que la paciente prefiere priorizar su intimidad y solicitar a la comadrona cuando tenga necesidad.

El modelo *One-to-One* se estableció en los hospitales Hammersmith y Queen Charlotte de la Red del Servicio Nacional de Salud, en el oeste de Londres en Noviembre de 1993.

En Reino Unido se hizo una evaluación de este modelo. Se realizaron 2 estudios de cohortes: (McCourt C. 1996 y Beake S. 2001). Uno se emprendió un poco después de que el programa fuera introducido y el segundo se realizó después de que el programa estuviera bien establecido. En la segunda evaluación los resultados no fueron muy diferentes de la primera y se constató que las mujeres en el grupo *One-to-One* tuvieron.

- Menos partos instrumentales y cesáreas.
- Menos epidurales.
- Menos episiotomías.
- Partos más cortos: media de - 98 minutos (95% IC -140 a -56)

La ausencia de partograma y CTG informatizado como ya se ha comentado, garantiza la presencia de la comadrona en todo momento dentro de la sala de parto de la paciente. Esto también ofrece autonomía suficiente para trabajar durante todo el parto, llamando solamente en el momento necesario a los profesionales pertinentes (tales como anestesista para poner un catéter epidural, a la comadrona coordinadora del equipo para colaborar durante el momento expulsivo, o el ginecólogo si se precisa su ayuda u opinión).

Todos aquellos objetivos generales y específicos descritos anteriormente fueron alcanzados e incluso superados.

Esta experiencia ayudó a comprender que una buena atención obstétrica (y la atención a la salud en general) no depende únicamente del sistema y leyes establecidas por un país, sino que depende sobretodo de la institución hospitalaria y seguidamente del profesional que acoge al paciente. Por lo tanto, no es posible generalizar el sistema de salud de un país habiendo conocido solamente una empresa.

#### 4.1.2. Competencias desarrolladas / adquiridas

Al final de este periodo de prácticas, se adquirió la autonomía para acoger a las pacientes en sala de parto. Esto incluía valorar si era preciso realizar una consulta de urgencia en la sala de consultación, gozando de autosuficiencia para realizarla de principio a fin y usando todos los recursos disponibles. Se debía valorar también de inmediato si la paciente presentaba síntomas de TP, decidiendo realizar la consulta en la misma sala de partos para establecer el diagnóstico de TP y recomendando que se permaneciese definitivamente en la habitación de la maternidad; o bien diagnosticando a la paciente en FL y gestionando por lo tanto el retorno a domicilio de hasta que se produjesen cambios en su estado general.

Esto suponía una gran responsabilidad del desarrollo de las capacidades de autonomía y de la toma de decisiones, ya que podía decidirse administrar medicación anti-tocolítica, siendo posible la suministración de la misma sin orden médica con la intención de favorecer un mejor descanso de la paciente en el domicilio.

Asimismo también se consideraron alcanzados los objetivos anteriormente mencionados para el cuidado especializado de la mujer inserida en la familia y la comunidad, y la adaptación del RN a la vida extrauterina; desarrollando las competencias cognitivas y las capacidades técnico-científicas de identificación de necesidades y prioridades de acuerdo con la responsabilidad ética y deontológica del profesional de la toxicología o comadrona.

Se aprendió también a valorar todo el proceso de parto, considerando de manera diferente el momento expulsivo y valorando diferentemente todo el periodo de dilatación; desarrollando competencias relacionales, comunicativas y socioculturales pues es donde la paciente demuestra necesitar mayor apoyo para poder llegar en mejores condiciones al final de esta etapa.

Se aprendió a argumentar profesionalmente las actuaciones escogidas para afrontar las situaciones, así como a aceptar diferentes formas de trabajar según la persona del equipo que las atienda, aportando flexibilidad y riqueza a los cuidados ofrecidos.

Finalmente, se necesitaba realizar un mínimo de 25 partos para completar los 40 requeridos por la comitiva europea para obtener el reconocimiento como enfermera especialista. Fueron realizados 33 partos vaginales de forma autónoma en el CHUV, 2 de los cuales fueron partos gemelares; y también se realizaron 14 partos en colaboración activa con la comadrona o con el ginecólogo.

#### **4.2. Prestación de cuidados a la mujer/familia en Trabajo de Parto en contexto de domicilio – Gabinete de Comadronas Independientes: Murmures de Vie**

Tras esta primera experiencia, el siguiente contacto fue establecido con la comadrona independiente, descubriendo así sus funciones hasta el momento desconocidas dado su poco desarrollo en los países mediterráneos como Italia, España y también Portugal. Esta comadrona se encarga de supervisar los embarazos fisiológicos durante el tiempo que la paciente lo desee, y trabaja en equipo con el ginecólogo en caso que el embarazo resulte patológico y la paciente prefiera tener un seguimiento extra-hospitalario. La comadrona puede realizar el parto ya sea en el domicilio o en una casa de partos (casa o establecimiento particular que dispone del material necesario para atender un parto fisiológico y que suele estar ubicado relativamente cerca de un hospital con sala de partos).

Esta segunda parte trató de aportar mayor formación práctica en el medio extra-hospitalario a través del gabinete de comadronas “Murmures de Vie”, que en español significa “Murmillos de Vida”. Está constituido por 3 comadronas que pueden trabajar de forma autónoma o grupal según sus necesidades o según las necesidades de las pacientes. Todas ellas deben obtener un certificado cantonal que les autoriza el poder ejercer su profesión de forma autónoma, en este caso en el cantón de Vaud y así poder ser remuneradas por los seguros médicos de sus pacientes.

El tipo de cuidados que pueden ofrecer es tan amplio como las formaciones relacionadas con la profesión que puedan estudiar. Esto ofrece una riqueza de intervención en los cuidados diferente a la que puedan aportar las comadronas que trabajan en un medio hospitalario y que se rigen por los protocolos de su institución. Por ejemplo, una comadrona independiente que tenga los conocimientos adecuados sobre acupuntura, aceites esenciales, osteopatía, aromaterapia, o cualquier otra formación, no tendrá ningún impedimento en combinar sus conocimientos junto a los cuidados ofrecidos durante cualquier momento del embarazo, o bien durante el parto y posparto. Son profesionales reclamadas por pacientes que se interesan por este tipo de atención, menos médica y menos intervencionista y que incluye métodos más naturales (aceites esenciales, homeopatía, masajes o acupuntura entre otros). Así mismo, el volumen de residuos generados era bastante menor en los partos extra-hospitalarios, pues se realizan menos toques vaginales y por lo tanto menos desinfecciones y menos consumo de material desechable.

Este periodo de prácticas fue más corto, ocupando tan solo 6 semanas pero siendo suficiente para conocer de cerca otra de las posibles actividades laborales que puede ejercer la comadrona. Este ejercicio laboral no está aún bien desarrollado en España y Portugal, y por lo tanto no se tiene la oportunidad de conocer más de cerca. A continuación se detallan los objetivos que fueron presentados en el local de prácticas antes de su inicio. Algunos de los objetivos que se describen a continuación ya fueron mencionados en el apartado anterior, referente a los objetivos presentados para las prácticas realizadas en el CHUV. Dado que las condiciones de las prácticas eran diferentes, se consideró que a pesar de ser objetivos previamente conseguidos, debería demostrarse que se disponía de los medios y de la capacidad suficiente para conseguirlos en un ambiente y sistema de trabajo completamente diferentes.

#### 4.2.1. Objetivos generales y específicos

El objetivo principal de estas prácticas fue conseguido al poder experimentar la actividad de la comadrona independiente ante la realización de partos respetados y no medicados. Así como la adquisición de otros de los objetivos que se procuraron como:

- Descubrir el trabajo de la comadrona independiente, en un ambiente más familiar e íntimo.
- Conocer su autonomía trabajando individualmente y aprender a trabajar a junto con otros miembros de su profesión o junto a profesionales ejercientes de trabajos complementarios al de la comadrona.
- Continuar realizando vínculos entre la teoría y la práctica para mantener la fisiología y detectar la patología, siendo consciente de las limitaciones existentes para la comadrona independiente en caso que tenga que afrontar los posibles inconvenientes derivados del parto.

#### **A. Rol experto de la comadrona**

- Observar las especificaciones y particularidades del trabajo de la comadrona independiente para aprender cómo adaptarse a sus acciones y funciones.
- Observar y participar si es posible en los cursos de preparación para el parto y también, en la recuperación posparto, sesiones de haptonomía, rehabilitación

del perineo y resto de funciones desempeñadas en el gabinete de comadronas Murmures de Vie.

- Proponer e implementar acciones adaptadas en colaboración con la comadrona independiente y la mujer/familia, con el fin de mantener, mejorar o restaurar la fisiología.

- Conocer como colabora la comadrona independiente con el resto de servicios médicos implicados en los cuidados del embarazo, parto y posparto.

- Observar la evolución del posparto incluyendo a todos los miembros de la familia implicados en los cambios del embarazo (aspectos físicos, psicológicos y sociales).

- Prestación de cuidados en el seguimiento de los embarazos bajo la responsabilidad de la comadrona independiente.

- Realización de anamnesis completa a la mujer/familia de manera: sistemática, confiada, personalizada, actualizada y contextualizada, gracias a la observación y al examen clínico específico en un contexto extra-hospitalario (en relación a la vigilancia de la madre y del feto).

- Prestación de cuidados en los partos en domicilio y/o en casa de partos.

- Conocer y dominar perfectamente los cuidados al RN sabiendo reconocer los posibles problemas que puedan acontecer y anticipándose a ellos dado que la actividad se desarrolla fuera del hospital.

- Identificar las necesidades vinculadas al regreso al domicilio (baño del bebé, vestimenta, concienciar sobre el riesgo de hipotermia) y adaptar el lenguaje para las pacientes primíparas y multíparas.

- Incluir lo máximo posible a la familia en los cuidados, siempre que quieran participar y teniendo en cuenta sus deseos.

- Iniciarse en las consultas de lactancia materna, identificar los problemas que puedan surgir durante la lactancia según los conocimientos adquiridos durante los cursos y las prácticas y aumentar la capacidad de encontrar respuestas de forma autónoma y/o en colaboración con la comadrona de referencia.

## **B. Rol de comunicación de la comadrona**

- Fomentar la intimidad, bienestar y confianza con la familia (mujer, hijo y compañero) debido a que los cuidados serán realizados en el hogar de la familia y no en una institución.

- Mejorar y fortalecer los recursos individuales y socioculturales específicos para cada mujer y familia.

- Prestar atención a los problemas que existan o que puedan aparecer a nivel familiar durante el embarazo y avanzarse a la organización necesaria tras el parto (comunicación, división del trabajo, reposo, ayudas de personas vinculadas a la pareja, visitas, dificultad financiera). Discutir las posibles acciones.

- Descubrir la red de recursos sociales existentes y vinculados a salud perinatal en el cantón de Vaud.

- Reconocer las competencias e informaciones de las que disponen las parejas e identificar sus recursos y habilidades.

- Integrar en la situación del embarazo a todos los miembros importantes de la familia para que participen en su buen desarrollo y participar en el cambio de rol, imagen y autoestima después del nacimiento.

## **C. Rol de colaboradora de la comadrona**

- Desarrollar las habilidades y competencias para gozar de autonomía en las diferentes actividades que ejerce la comadrona independiente.

- Planificar las consultas teniendo en cuenta las necesidades de la mujer, del compañero y del RN, teniendo en cuenta las limitaciones del tiempo y del ambiente.

- Ejercer una práctica reflexiva en colaboración con la comadrona, reconociendo la fisiología e identificando las anormalidades. Ofrecer un diagnóstico y un pronóstico para considerar los distintos problemas y proponer intervenciones siendo consciente de los límites de la autonomía.

## **D. Rol manager de la comadrona**

- Conocer y aprender los protocolos vigentes en la institución.



- Trabajar de forma independiente tras observar, integrar y analizar la práctica.
- Desarrollar la capacidad para predecir posibles evoluciones para identificar y aplicar las acciones que conducen a fomentar y mantener la fisiología con el fin de proponerlas en función del diagnóstico y pronóstico.
- Saber permanecer en un estado relajado, con un discurso adecuado, claro y tranquilizador en todo momento para no fomentar en la mujer/pareja la incertidumbre y el miedo, ayudando así a promover la confianza.

#### **E. Rol de promoción de la salud de la comadrona**

- Discutir acciones, propuestas y decisiones a través de los conocimientos, con el fin de promover la salud mediante la adopción de un acompañamiento centrado en la mujer, en la pareja y la familia en el apoyo y promoción de sus habilidades.
- Conocer el funcionamiento y cobertura de seguros enfermedades en Suiza cuando se trata de prestar servicios como comadrona independiente VS los cuidados de la comadrona que trabaja en una institución hospitalaria, para comprender si existe algún tipo de regulación para el acceso a los diferentes tipos de cuidados.
- Identificar y fomentar los lazos de apego madre/padre VS hijo.
- Demostrar las habilidades adquiridas en cuanto a la formación hacia los nuevos padres en el período de posparto, basándose individualmente en el conocimiento y las necesidades específicas de cada mujer o pareja (evaluación del perineo, promover dietas, el ejercicio, la lactancia materna y adaptar la información sobre la reanudación de los informes).
- Promover la participación activa de los padres en las diferentes experiencias.
- Tratamiento de prevención en relación con los trastornos posparto: estreñimiento, pérdidas de orina, trombosis, infección, soledad y miedos, entre otros.
- Evitar el cansancio parental y familiar promoviendo un lugar para la escucha y asesorar a las parejas durante el posparto a mediano y largo plazo, y teniendo en cuenta su contexto y su cultura.

#### **F. Rol de aprendiz y formadora como comadrona.**

- Compartir y comparar las actuaciones realizadas, los sentimientos y los conocimientos con el resto de profesionales.
- Tener una visión reflexiva articulando la teoría, la experiencia práctica y los datos obtenidos según últimos estudios, para generar discusiones constructivas sobre como mejorar nuestra praxis.
- Realizar autoevaluaciones diarias relevantes y constructivas (objetivos alcanzados, puntos a trabajar) luego confrontarlos con las observaciones de la comadrona para permitir la evolución y avanzar en la adquisición de un rol profesional personalizado.

#### **G. Rol profesional de la comadrona**

- Conocer en profundidad los documentos de referencia relativos a: la filosofía de cuidados del centro, los protocolos, pautas de supervisión así como los medios disponibles durante el parto y en el acompañamiento en el domicilio después del parto.
- Acompañar a la paciente y a su compañero en sus decisiones y sus proporcionar toda la información adaptada a sus necesidades para que puedan disfrutar de una elección informada.
- Conocer los límites de la autonomía basada en la experiencia y en la teoría estudiada para poder hacer uso de los recursos adecuados según la situación.
- Actualizar regularmente los conocimientos y la búsqueda de la revisión de literatura así como nuevos artículos para ofrecer una práctica actualizada.
- Identificar y argumentar las anomalías (RN que pierde peso, ictericia, cicatrización, relación madre vs recién nacido) mediante la movilización de los conocimientos teóricos adquiridos durante los cursos recibidos.
- Identificar el trabajo específico de la comadrona independiente, su papel en el sistema de salud y en la promoción de la salud.

#### 4.2.2. Competencias desarrolladas / adquiridas

Durante las prácticas en el gabinete de comadronas independientes las situaciones fueron totalmente diferentes: preparaciones individuales para el parto, seguimiento a domicilio de embarazos de riesgo, seguimiento de embarazos fisiológicos en el gabinete, consultas a domicilio para valorar el inicio del parto, consultas para determinar una posible fisura de la bolsa de líquido amniótico, partos en domicilio y en casa de parto, incluyendo dilatación en el agua y parto en diferentes posiciones tales como lateralizada, en cuclillas o a cuatro patas; consultas para estimular la lactación así como para espaciarla o planificar la organización de la misma con la vuelta al trabajo de la madre, consultas de posparto hasta el décimo día de vida del bebé, conocimiento de la red de profesionales que tras nuestra actuación pueden ocuparse de las necesidades del niño o de la madre (servicios sociales, enfermera infantil, enfermera escolar, ginecólogo, pediatra).

El mayor estímulo de estas prácticas vino dado por la oportunidad de poner en práctica el amplio tipo de conocimientos que deben tenerse presentes para realizar el trabajo. Dado que la comadrona independiente interacciona con mujeres a lo largo de todo su embarazo y también después del mismo, obliga a mantener actualizadas las competencias aplicables a los diferentes momentos de la gestación, parto y posparto.

Como actividades realizadas y por lo tanto factores que ayudaron al desarrollo de las competencias deseadas y adquisición de otras nuevas se destacan:

- La asistencia a sesiones de haptonomía (sin participación activa) en las que se adquirieron conocimientos alternativos para poder aplicarlos durante la FL del TP;
- Asistencia a sesiones de recuperación del suelo pélvico, recuperación perineal;
- Sesiones de gimnasia posnatal y recuperación posparto;
- Primer contacto con terapias alternativas tales como consulta de acupuntura para embarazadas, aceites esenciales y osteopatía;
- Auscultaciones mediante el aparato de Doptone de forma intermitente cada 20 minutos durante la FA y tras cada contracción durante la fase expulsiva;
- Continuación de adquisición de la técnica de la auscultación con este otro tipo de instrumento, así como con el estetoscopio de Pinard;
- Participación Activa en el seguimiento de embarazo de riesgo (riesgo de parto prematuro tras amenaza de parto prematuro); en el seguimiento de embarazo

fisiológico donde se incluyeron embarazo de grandes múltiparas;

- Realización de cursos individuales de preparación para el nacimiento;
- Acompañamiento de TP en el agua;
- Haptonomía aplicada al TP en domicilio;
- Realización de parto en medio extra-hospitalario (domicilio, casa de partos)
- Realización de partos en posición cuclillas, cuatro patas, lateral y tumbada;
- Consultas de posparto inmediato: prevención y tratamiento de la hemorragia mediante aceites esenciales, masaje uterino y tratamiento farmacológico;
- Evaluaciones del recién nacido: Test de APGAR, constatación de reflejos y descarte de patologías, supervisión durante los primeros 10 días de vida;
- Realización de consultas de posparto durante los primeros 10 días después del parto;
- Realización de consultas sobre amamantamiento y lactancia materna.
- Asistencia a diferentes actividades de coordinación entre la comadrona y conocimiento de otros profesionales integrantes del sistema suizo de salud, como por ejemplo la enfermera infantil o la enfermera escolar.

Estas experiencias fueron determinantes para encontrar un posicionamiento como profesional y definir cuales son los ideales personales de la profesión, así como para poder defender y razonar las actuaciones propias dentro de la actividad de la comadrona.

Los objetivos fueron conseguidos e incluso superados, gozando de plena autonomía en las situaciones y obteniendo como puntuación, la máxima nota posible en estas prácticas.

## **5. PRESTACIÓN DE CUIDADOS DE CALIDAD OFRECIDOS POR LA COMADRONA DURANTE LA FASE DE LATENCIA: REVISIÓN DE LITERATURA**

### **5.1. Introducción**

A continuación se presenta una revisión de literatura alrededor de la fase de latencia (FL) del trabajo de parto (TP). Fue realizada a través de la escuela de comadronas de Suiza HESAV y motivada por las diferentes experiencias vividas durante la formación de enfermera especialista en salud materna y obstetricia con el objetivo de mejorar la calidad de los cuidados ofrecidos a nuestras embarazadas.

El primer contacto con una sala de partos fue de 6 semanas en una maternidad de tercer nivel establecida en el norte de Portugal. Una vez estudiada y observada la práctica del parto, se avanzó hacia una nueva formación de 8 meses como práctica de naturaleza profesional en la Suiza francesa, país pionero en el ámbito de la investigación y desarrollo en el campo de la medicina y salud, así como en sus escuelas y universidades. El objetivo de dichas práctica era completar, como ya se ha citado anteriormente, todos los objetivos establecidos por la comitiva europea para obtener el reconocimiento de la especialidad de comadrona. Pero a la vez, escoger un campo de la profesión en el que adentrarse para aprender nuevos conocimientos que más adelante serían puestos en práctica.

A pesar de que la obstetricia actual es estudiada de forma similar en los diversos países de la Unión Europea, la práctica desarrollada presenta diferencias, probablemente marcadas por su historia, cultura y costumbres. El contacto con diferentes países y hospitales ofrece la posibilidad de conocer las diversas prácticas dentro del campo profesional de la comadrona, así como sus diferentes políticas de salud pública.

En este caso se conocían dos realidades diferentes en cuanto al tipo de apoyo ofrecido por parte de la comadrona a la parturienta y en función de los países en los que se había practicado.

En Portugal por ejemplo, las pacientes no llaman necesariamente a la maternidad antes de desplazarse a ella. Cuando una mujer llega a la maternidad, la comadrona realiza una anamnesis para definir en que fase del TP de se encuentra.

La comadrona llegará a esta conclusión a partir de esta anamnesis pero también guiándose por los protocolos que la institución pone a su disposición, donde se pide

determinar la dilatación del cuello uterino de la paciente. Tanto en los hospitales de Portugal como de Suiza, si la dilatación es igual o superior a 4 cm la paciente es diagnosticada en FA del TP. Si por el contrario la dilatación es inferior o simplemente la comadrona aprecia una modificación del cuello sin dilatación pero con contracciones registradas durante el CTG, la paciente que haya acudido a la maternidad de Portugal será acompañada a la sala de provocaciones con un diagnóstico de FL del TP.

Una vez en la sala de provocaciones, no tiene porque realizarse sistemáticamente una provocación artificial del TP, pero según la experiencia que se constató, las comadronas y ginecólogos a menudo proponen a las mujeres acelerar el parto mediante productos artificiales como prostaglandinas vaginales y oxitocina intravenosa (IV).

Los partos y prácticas que se realizaron en el hospital de Portugal fueron en mayor número partos inducidos e intervenidos medialmente. Este funcionamiento dificulta a la mujer la oportunidad de empezar el TP de forma espontánea y natural, y si esta organización de trabajo podría comportar un mayor numero de partos patológicos. Por esta razón se quiso conocer y experimentar una forma de trabajo donde se permitiese fomentase la fisiología del embarazo y del parto hasta el último momento. Fue así que se llegó al planteamiento de las siguientes preguntas que inspirarían la revisión bibliográfica: Pueden entonces éstas diferencias aportar beneficios a la calidad de los cuidados? En qué puede influenciar el rol de la comadrona a la evolución del trabajo de parto, y la fase de latencia? El momento en que la comadrona diagnostica la fase de latencia hay un impacto sobre la continuación del trabajo?

## **5.2. Pregunta de Investigación y Problemática**

Para esta revisión, se escogió focalizar la curiosidad sobre el acogimiento de mujeres (que tuviesen un embarazo y un inicio de TP fisiológico) encontrándose en la FL del TP.

Según las observaciones y la revisión de literatura efectuada, se resalta que esta etapa es importante para las mujeres así como también lo es para las comadronas, ya que esta etapa representa un punto clave para el inmediato TP de la parturienta. El aumento de estudios publicados a partir de los años 80 sobre como abordar la FL, demuestra un interés por parte de los profesionales sobre esta temática.

Existen diferentes parámetros a interpretar para diagnosticar y para abordar la FL según diferentes observadores. Inevitablemente a lo largo de las investigaciones, se ha constatado que Friedman (1969), después de 1955, ha sido el autor más referenciado por los investigadores y quien ha inspirado un mayor número de los protocolos establecidos en las instituciones hospitalarias. (Ministerio de sanidad y política social de España, 2010)

Friedman (1969) demostró que existía una fase de latencia y una fase activa dentro de lo que llamamos trabajo de parto. También constató diferencias entre dichas fases según si las pacientes eran primíparas o multíparas. Para diagnosticar cual era el momento de transición entre la fase latente y la fase activa, el mismo autor tubo en cuenta la dilatación del cuello uterino de la mujer. Según sus investigaciones, la paciente estaba en transición de la FL a la FA cuando llegaba a los 3 cm de dilatación. (Lansac, J., 2011)

Ciertos investigadores americanos, Albers LL, (2007) Neal JL, Goreoda JG, (2010) entre otros, identificaron y redactaron las divergencias entre los resultados observados durante la práctica y a teoría de Friedman. Investigadores posteriores a Friedman han declarado que la FL es más larga de los que se pensaba y han propuesto que el periodo correcto para diagnosticar la transición entre la fase activa y la fase de latencia se encuentre entre los 5 y 6 cm de dilatación (Zhang et al, 2010).

Al tratarse de un proceso fisiológico, el inicio del parto es difícil de establecer. Debe tenerse en cuenta que durante las últimas semanas del embarazo se producen importantes cambios en el cuerpo. Según Cabrero et al. (2010), las modificaciones físicas y bioquímicas del inicio del trabajo intervienen sobre el despliegue completo del segmento inferior, la acomodación, la orientación de la presentación fetal, así como el inicio de la maduración del cuello uterino, viene todo acompañado de modificaciones bioquímicas estructurales. Las fibras de colágeno resultan mucho más distendidas. El cuello uterino se reblandece y se acorta progresivamente, después se incorpora de una forma progresiva al segmento uterino (borrado del cuello) y comienza la fase de dilatación cervical. Este conjunto de eventos es difícil de estandarizar, lo que impide definir de una forma precisa el diagnóstico de inicio de TP (Cabrero; Saldívar; Cabrillo, 2010).

En sala de partos, es la comadrona habitualmente quien diagnostica en que fase del trabajo se encuentra la mujer. Entonces, si la fase de latencia y la fase activa son diagnosticadas en el momento adecuado, la mujer puede beneficiarse de una experiencia de parto personalizada, individualizada y respetando la fisiología.

A parte de las diferencias entre definiciones para diagnosticar la fase de latencia, nos encontramos también con la interpretación personal que cada comadrona puede tener frente a una misma situación (apreciación del TV, tolerancia de la mujer al stress, al cansancio, al dolor).

Una atención adaptada de la comadrona y un diagnóstico adecuado puede conllevar a una calidad de cuidados más apropiada.

Se han encontrado igualmente diferencias concernientes a la conducta a tener para mejorar la calidad de los cuidados ofrecidos frente a la fase de latencia. Hay estudios que demuestran resultado positivos tras proponer con lo que se conoce como *Active Management of Labour*, un modelo de trabajo establecido por O'Driscoll, Meagher y Robson (2003) a partir de las conclusiones extraídas de los estudios de Friedman. Estos mismos autores refieren que esta práctica, establecida como guía clínica en muchos hospitales de diferentes países y continentes, orienta a los profesionales a tener una práctica estandarizada para el trabajo de cada mujer, y a establecer actuaciones médicas si el trabajo no se ajusta a lo atendido. Esta forma de abordar la fase de latencia ha demostrado beneficios para acortar los tiempos de las fases del parto y disminuir tanto la morbilidad como la mortalidad neonatal y maternal.

A la vez, hay quien privilegia un seguimiento menos invasivo de la fase de latencia, si la fisiología se mantiene, para así dar a la mujer los medios necesarios de progresión a lo largo del trabajo. Estos profesionales han demostrado también que el hecho de acelerar el trabajo para limitar la duración puede producir complicaciones para la mujer, ya que será más susceptible a sufrir intervenciones médicas que no tienen porque ser siempre necesarias. Igualmente puede comportar consecuencias para el niño, ya que por defecto, esto aumenta la posibilidad de que el trabajo se transforme en patológico y portador de sufrimiento fetal (Council, 2004) (Bailit JL, 2005).

El seguimiento a lo largo de este proyecto ha desembocado entonces a formular la siguiente problemática y pregunta de investigación: “ **¿Como la comadrona puede ofrecer cuidados de calidad durante la Fase de Latencia?** ”.



### 5.3. Cuadro de Referencia

El cuadro de referencia tiene por finalidad explicar y profundizar sobre los conceptos vinculados a la pregunta de investigación. La problemática de este trabajo ha llevado a desarrollar 3 conceptos: el trabajo de parto, el rol de la comadrona y la calidad de los cuidados. Estos conceptos aparecen en los campos disciplinarios del campo biomédico de la obstetricia y de la sanidad pública. Serán desarrollados para clarificar el sujeto. Seguidamente, será dada una definición sobre los términos obstétricos del sistema reproductor y sus cambios tras el inicio del parto: útero, contracciones, cuello y dilatación. En último lugar, serán desarrollados los conceptos de fase de latencia, fase activa y rol de la comadrona ya que representan los elementos principales estudiados en este trabajo.

Las palabras clave definidas para este trabajo han sido: *Comadrona, Primer periodo del Trabajo de Parto, Calidad de la Atención de Salud, Parto normal*

#### 5.3.1. Trabajo de Parto

El trabajo fisiológico puede desencadenarse entre las 37 y 41 semanas de gestación y según autores como Lansac (2011) que es en el que nos centraremos, puede encontrarse dividido en 3 fases: *dilatación, expulsión, alumbramiento*. Otros autores como Lowdermilk (2008) hablan de 4 fases dentro del trabajo de parto, las anteriormente mencionadas y el *puerperio inmediato*. Ésta última fase se refiere las 2 horas siguientes al alumbramiento de la placenta, donde es importante realizar una correcta vigilancia de la involución uterina para prevenir las hemorragias en la púrpura, así como una vigilancia de la adaptación del RN a la vida, si es posible fomentando el piel con piel entre el bebé y sus padres, y ofreciéndole su primera toma de calostro del seno materno.

La **dilatación** es una etapa marcada por la asociación de contracciones uterinas frecuentes y su regularidad, y simultáneamente por las modificaciones cervicales. La mujer se dirige a la maternidad porque resiente, después de algunas horas, contracciones de frecuencia e intensidad creciente. El toque vaginal precisa el largo, la posición, la consistencia y la dilatación del cuello uterino. Durante el embarazo, el cuello tiene una largura de 2 cm y su orificio interno está cerrado. Bajo la influencia de las contracciones el cuello se borra, se acorta y se dilata hasta los 10 cm. Sus diferentes etapas se

desarrollan diferentemente para una primípara que para una múltipara (Lowdermilk, 2008).

Según Jaques Lansac (2011), dentro de la dilatación podemos distinguir 2 fases: la fase de latencia y la fase activa del trabajo de parto.

### 5.3.2. Fase de Latencia del Trabajo de Parto

Esta fase se caracteriza por una actividad uterina rítmica, progresiva y dolorosa, con al menos 2 contracciones uterinas de mediana intensidad cada 10 minutos y que trabajan sobre el cuello uterino para iniciar la dilatación. Un borrado cervical superior al 50% con una dilatación de 3 cm según Friedman es necesario para declarar el final de esta fase (Friedman, 1978).

Por el contrario, esta definición cambia según el investigador y el observador. Por ejemplo, podemos encontrar diferentes definiciones leyendo los artículos de *Kitzinger* (1987) y *Davis* (2004) que constatan que la transición de una fase a la otra se produce sobre los 6-7 cm de dilatación. A su vez, *Gaskin* (2002) describe la transición situándose en los últimos minutos precedentes a la dilatación completa (10 cm de dilatación), justo antes de que la mujer sienta la necesidad de empujar (Woods, 2006).

Según los criterios de *Friedman* cuando empezó a investigar sobre el TP y escribió su primer artículo al respecto en 1955, así como tal y como argumentan *Peisner* y *Rosen* (1985) en su estudio, la FL normal debe durar menos de 20 horas en las nulíparas y menos de 14 horas en las multíparas. Para *O'Driscoll* y *Meagher* (2003), 10 horas será el tiempo máximo. Esperar más de 6 a 10 horas deterioraría la moral de las pacientes más cooperantes. *Albers et Al* (2007) constatan igualmente en sus estudios que el tiempo de dilatación puede también ser diferente según la raza y la etnia de las mujeres.

Estas diferentes sugerencias refuerzan el concepto de que cada parto es único para cada mujer y que resulta difícil de definir con parámetros rígidos (Woods, 2006). De este modo también se confirma la dificultad de poner un diagnóstico por parte del profesional de la salud, teniendo en cuenta igualmente que cada trabajador tendrá un punto de vista diferente de la situación, lo que resulta pues muy subjetivo. A menudo, una supervisión de algunas horas es necesaria para confirmar la progresión de la dilatación.

El dolor durante la FL tiene tendencia a estar focalizado en la parte baja del abdomen y en general, se alivia con analgésicos (Santonja Lucas, 2003).

Las contracciones de la FL pueden ser irregulares en su frecuencia e intensidad.

Con el fin de mantener la fisiología, diferentes autores se han puesto de acuerdo en defender la importancia de establecer el diagnóstico de TP como una decisión de gran relevancia. Cuando este es puesto demasiado pronto (en pre-trabajo), la mujer será más

susceptible a seguir cascadas de intervenciones médicas y por defecto, aumentarían las posibilidades de que el proceso de parto resulte patológico. (Bailit JL, 2005)

Podemos encontrar autores (Austin D.A., Calderon L., 1999) quienes en la literatura velan por mantener la fisiología y sostienen esta idea como la de menor riesgo. Esta idea viene dada a que son las intervenciones externas las causantes de cascadas de intervenciones médicas. Justifican que acciones como el simple uso de oxitocina sintética puede desencadenar toda una serie de consecuencias desafortunadas que se deben paliar con actuaciones médicas. Por ejemplo, un uso prematuro de oxitocina IV puede producir excesivas contracciones y/o contracciones más dolorosas, por lo tanto necesidad de colocar un catéter epidural para la administración de analgesia. Bajadas de tensión, falta de sensación de pujo y fetos adormecidos como efecto secundario de los productos analgésicos, así como necesidad de permanecer en posición de decúbito, lo que dificulta el descenso del feto y puede necesitar de una extracción mecánica. Estos factores pueden producir hipoxia e incluso sufrimiento fetal, necesitando realizar una cesaría de urgencia para detener el riesgo. Un exceso de tactos vaginales, monitorización interna o la amniotomía, incrementa el riesgo de infección y de prolapso de cordón uterino. Y en cuanto a la adaptación del RN a la vida extra uterina, describen test de Apgar más bajos, problemas respiratorios y traumatismos durante el parto.

Existen otros autores como O'Driscoll, Meagher, & Robson (2003) que defienden el sistema de trabajo *Active Management* al considerar que durante el TP, la distocia de la FL puede constituir un problema clínico relacionado con el aumento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Según sus estudios, el indicador de cesáreas se duplica en las pacientes con FL prolongada y cuando no se realiza una intervención rápida y la fase latente progresa de forma insatisfactoria, pueden aparecer contracciones uterinas ineficaces que incrementan el ácido láctico tisular en el miométrio y contribuirían, adicionalmente, a aumentar la contractilidad uterina inadecuada hasta hacerla refractaria a la terapéutica; por lo tanto, mientras más tiempo continúe el TP con un patrón disfuncional, será menos probable poder corregir el problema subyacente con tratamiento médico.

Así pues, según los modelos orientadores de los servicios de obstetricia, cada institución según sus creencias, decide que modelo de cuidados proponer para ofrecer una mejor calidad de los mismos. Al mismo tiempo, la comadrona juega un rol decisivo mediante el acompañamiento que ofrece a las pacientes atendidas durante este periodo de tiempo.

El objetivo primordial de la comadrona es verificar antes que nada el bienestar materno y fetal, y solamente después despistará todos los factores para diagnosticar si la mujer se encuentra en pre-trabajo.

Un registro de CTG durante al menos 20 minutos va a permitir la auscultación y análisis de la frecuencia cardíaca del feto (FCF) para afirmar el bienestar fetal e igualmente para evaluar la frecuencia y la regularidad de las contracciones. La palpación abdominal permitirá también apreciar el endurecimiento intermitente y la buena relajación del útero entre las contracciones, pero también conocer la posición fetal, y realizar una estimación aproximativa del peso del bebé y de la cantidad de líquido amniótico. La medida de la altura uterina nos va a dar también una idea del crecimiento y el peso del bebé.

En caso de ruptura de las membranas, es importante conocer en que momento se rompieron, el color del líquido amniótico, la cantidad aproximada de líquido perdido, así como la realizar un TV que va a permitirnos evaluar el estado del cuello uterino (largura, espesura y dilatación), así como la presentación fetal y la permeabilidad de la pelvis. El diagnóstico es más evidente si las modificaciones cervicales son francas. Pero en caso de duda, la observación durante un periodo de tiempo con exámenes clínicos y paraclínicos, debería ayudar a confirmar y establecer el diagnóstico (Lowdermilk, 2008).

Esta supervisión se realiza habitualmente gracias al conjunto de informaciones que se recaban con el partograma. Se encuentran comprendidos los elementos siguientes: estado de salud materna (pulso, TA, temperatura); bienestar fetal (evaluado por el registro de la FCF, el color del líquido amniótico); y la dinámica uterina y cervical (frecuencia de las contracciones, calidad, relajamiento uterino entre las contracciones, progresión de la dilatación cervical), se puede igualmente anotar las pérdidas vaginales (flujo, sangre, líquido amniótico) (Lansac, J., 2011; Santonja, L., 2003).

La interpretación de todos estos factores nos dará los argumentos necesarios para diagnosticar en el momento apropiado el inicio de la FL y la transición a la FA.

### 5.3.3. Fase Activa del Trabajo de Parto

La *fase activa* es la más rápida, teniendo una dilatación media de más de 1,2 cm/h por las nulíparas y más de 1,5 cm/h para les múltiparas. (Lansac, J., 2011)

Los diferentes autores coinciden en describirla como una etapa más veloz que la fase latente, no existe consenso para determinar a cuantos centímetros empieza la misma y simplemente concuerdan en decir que ésta comienza con una dilatación más avanzada. Como se ha descrito ya antes, Friedman (1987) establece el inicio de la FA una vez la paciente llega a los 3-4 cm de dilatación (Bailit J.L., 2005); *Kitzinger* (1987) y *Davis* (2004) en cambio constatan que la transición de una fase a la otra se produce sobre los 6-7 cm de dilatación y *Gaskin* (2002) establece la transición en los últimos minutos precedentes a la dilatación completa, justo antes de que la mujer sienta la necesidad de empujar (Woods, 2006).

En la FA del TP, las contracciones son habitualmente regulares (todos los 3 a 5 minutos). Su frecuencia y su intensidad van aumentando progresivamente conllevando un incremento del dolor. El dolor está normalmente localizado en la espalda y abdomen, y se resiste generalmente a los analgésicos (Santonja Lucas, 2003).

Esta etapa, incluye los esfuerzos expulsivos y puede dividirse en 2 periodos: el primero corresponde al inicio de la FA hasta la dilatación completa; y el segundo se extiende desde la dilatación completa hasta el descenso de la presentación fetal dentro de la pelvis y a su expulsión.

Durante la expulsión se tiene que evaluar la presentación fetal; la pelvis obstétrica (incluye el estrecho superior, el estrecho inferior y la excavación pélvica) y la mecánica del parto (valorando la fijación, descenso, rotación intrapélvica así como la liberación de la cabeza y de los hombros). Comporta 3 fenómenos: el *desprendimiento de la placenta*; la *expulsión de la placenta* bajo la influencia de las contracciones, de su propio peso y de la hemostasia para la *retracción uterina*. (Lansac, J., 2011)

## **5.4. Rol de la Comadrona en el Cuadro Práctico**

### **5.4.1. Definición**

La comadrona está reconocida como una profesional responsable y comprometida con sus actos, que trabaja en asociación con las mujeres dándoles el soporte necesario en cuanto a los cuidados y la información sobre el parto. Sus cuidados incluyen medidas preventivas, la promoción del parto normal, el despistaje de riesgos y de signos de complicaciones tanto en la madre como en el feto, la recurrencia a la asistencia médica en caso de necesidad y la aplicación de medidas de urgencia si fuese necesario (Fédération

suisse des sages-femmes).

Tras la lectura del código elaborado por la federación suiza de comadronas, se ha establecido una lista con los diferentes roles que tienen relación directa con las acciones que la comadrona puede establecer durante la FL y que son pertinentes para posicionarse y promover la calidad de los cuidados como profesionales.

#### 5.4.2. Rol dentro del cuadro práctico durante la Fase de Latencia

El primer contacto de la comadrona con la paciente comienza con el primer contacto por teléfono o en persona. Muchas embarazadas llaman primero al hospital o a la maternidad para exponer sus cuestiones al equipo de la maternidad, a fin de saber si es el momento correcto para acercarse o no. La forma en que la comadrona comunica con la mujer, puede determinar una experiencia positiva o negativa de la situación, debe tener como preocupación máxima, comprender la situación de la paciente y va a apoyarla y animarla a verbalizar sus preguntas y miedos. Es el momento, también, donde se le puede explicar de nuevo a la mujer y a su familia cuales son los signos y síntomas que deben reconocerse para determinar el momento ideal para el desplazamiento a la sala de partos, y cuales aquellos que exigen una notificación inmediata al equipo de la maternidad. La comadrona puede explicar y proponer medidas de confort para que la mujer y su familia puedan usarlas para mejorar la progresión del TP, disminuir la ansiedad y mantener la máxima relajación posible: tomar un baño caliente, tumbarse, masajes en las manos y en los pies, tomar infusiones o leche caliente puede ayudar a la mujer a distenderse hasta a dormirse en el caso que aún se encuentre en una fase muy inicial del TP. Igualmente, las actividades como pasear, leer, ver la televisión, hacer manualidades, encontrarse con gente cercana, puede reducir la percepción del incomodidad inicial y la ansiedad.

Ciertos factores son determinantes inicialmente para determinar si la mujer está o no en trabajo. Si la mujer vive cerca de la maternidad, se le puede aconsejar de quedarse en el domicilio o bien, si ya está en la maternidad, de volver a su hogar. El escenario ideal para un buen inicio de trabajo para una mujer con un embarazo fisiológico es un ambiente lo más familiar posible. Si la mujer vive a una distancia considerable de la maternidad, puede ser admitida en la maternidad durante una fase inicial del TP, y desde que sea posible, ofrecerle los cuidados creando un ambiente que recuerde y atraiga los sentimientos de bienestar y familia como los que debería de disfrutar en el domicilio (Lowdermilk, 2008).

La anamnesis telefónica o en persona en la maternidad, permite comprender si se trata de contracciones uterinas. Es necesario reconocer si la contracción conlleva un endurecimiento del útero, involuntario, generalizado e intermitente, de una duración de entre 30 a 60 segundos; y también su frecuencia, regularidad y el modo de evolución de las contracciones. Es importante saber si ha habido rotura de membranas o bien si se observa una posible hemorragia y conocer sus características. Una anamnesis del embarazo es también pertinente para ser consciente de los eventuales antecedentes médicos y obstétricos.

Una vez la mujer se encuentra en la sala de partos, la proseguirá con su trabajo de acompañamiento desarrollando sus competencias:

- Ser conscientes de la interdependencia humana en el seno de la profesión y buscar activamente resolver los conflictos inherentes.
- Utilizar los conocimientos profesionales actualizados y ayudarse mediante datos que prueben una garantía de la práctica del parto sin peligro en todos los ambientes y culturas.
- Las comadronas son responsables de sus decisiones y sus acciones y son las responsables de las consecuencias de los cuidados que prodigan a las mujeres. Interesa por lo tanto, continuar promoviendo la investigación y modificar los cuidados ofrecidos si los resultados de estos demuestran beneficios. De esta misma manera, una comadrona puede rechazar participar en actividades contrarias a sus convicciones morales profundas.
- Garantizar que el desarrollo de los conocimientos esté basado en actividades que protejan los derechos de las mujeres como personas.
- Establecer una relación de confianza con la mujer. En este marco las 2 comparten informaciones pertinentes que conducirán a una toma clara de decisiones. Aceptar un programa de cuidados que evolucionará a medida que el trabajo avance y aceptan la responsabilidad de las consecuencias de sus actos.
- Animar a cumplir los deseos realistas de las mujeres en cuanto al parto en el seno de su propia sociedad, con la expectativa de que la concepción y el parto no afectarán a la salud de la mujer.
- Responder a las necesidades psicológicas, físicas, emocionales y espirituales de las mujeres que buscan sus cuidados. (Fédération Suisse des sages-femmes, 2013).



Para ello, deben plantearse preguntas dirigidas y escuchar atentamente para tener una idea de las necesidades de la paciente. Una buena competencia en comunicación es esencial con el objetivo de obtener datos objetivos sobre la paciente.

Todas las definiciones sobre la FL comprenden las contracciones uterinas, y la mayor parte de las pacientes el dolor asociado. El dolor es una apreciación muy subjetiva que tiene muchas variaciones individuales. El miedo, la ansiedad, la preparación psicológica, la confianza, la cultura, la talla y la posición fetal, las contracciones uterinas, el hambre y el cansancio pueden influenciar en el grado de dolor resentido así como en la capacidad de las mujeres para hacerle frente. También, la FL es conocida por ser la más sensible a los factores exógenos. (Albers L.L., 1998)

Concretamente durante la FL, el sustento de la comadrona a la paciente engloba el sustento emocional, cuidados psíquicos y medidas de confort, consejos e informaciones a la mujer. Según Hodnet (2001) y Miltner (2000), este sustento físico, emocional y psicológico de la mujer durante el TP trata de un beneficio demostrado para conseguir obtener procesos de parto más cortos, menores complicaciones y una descenso de las cirugías o intervenciones obstétricas (Ejemplos: ventosas, fórceps, episiotomías, cesáreas, inducciones del TP) aumentando la autoestima y la satisfacción de ellas mismas (Enkin et al, 2000 ; MacKinnon, McIntyre & Quance, 2005). Un ambiente confortable de la sala de partos con una temperatura agradable y una iluminación tamizada y regulable puede favorecer la relajación de la paciente (Lowdermilk, 2008).

Tras 1851 el *Churchil's System of Midwifery* publicó que las principales competencias de la comadrona eran la comunicación, el apoyo y la estimulación del ánimo de la mujer en pre-trabajo, pero también el hecho de permitir la deambulación, la evacuación intestinal, la nutrición y la hidratación (Austin, 1999) (Churchil, 1996).

Los baños calientes, música, masajes, el Electro-estimulador trans-cutáneo (TENS), el cambio de posición, meditación o imaginación guiada, fitoterapia, con la hidratación y alimentación pertinente, son métodos que pueden favorecer el reposo. La recomendación de bebidas calientes con azúcar va a favorecer la adquisición de calorías y energía; y las infusiones relajantes van a promover la relajación. El TENS puede ser una medida alternativa para el dolor de las contracciones (Austin D.A., Calderon L., 1999).

La combinación de las técnicas de relajación precedentes puede fornecer a una paciente ya cansada, justo la ayuda necesaria para obtener algunas horas de reposo y así, la fuerza precisa (Austin D.A., Calderon L., 1999).

Si estas medidas no son efectivas, la comadrona podrá recomendar a la paciente la administración de opiáceos para eliminar el dolor temporalmente lo que permitirá a la mujer dormir, con la intención de retomar el trabajo más tarde y con mayor energía. Esta intervención es propuesta también por Lansac (2011) quién cita en sus revisiones que puede emplearse también un test terapéutico reservado a los casos donde las membranas están aún intactas, el ritmo cardíaco fetal es normal y que al realizar una amnioscopia el líquido amniótico se muestra claro. Este test puede ser sedativo o beta-mimético.

Si las contracciones se paran, estamos frente a un pre-trabajo y la mujer tendrá la oportunidad de descansar y reponerse hasta que la primera fase del TP comience. Por el contrario, si las contracciones uterinas persisten, estamos en presencia de una FL prolongada, y entonces frente a una distocia de inicio del TP. (Lansac, J., 2011) Si esta situación llegase, el parto dejaría de ser fisiológico y se necesitaría una reevaluación de la situación. Hunter y Chern-Hugues (1996) proponen entonces 2 estrategias de gestión también eficaces: el reposo terapéutico o bien la estimulación del trabajo. (Austin, 1999)

## **5.5. Calidad de los Cuidados**

Todas las iniciativas implementadas para mejorar la calidad y los resultados en los sistemas de salud, tienen como punto de partida aquello que se entiende por “calidad”. La asociación de hospitales de Quebec (1991) define la calidad como el conjunto de características que se esperan por ejemplo de un producto, de un cuidado o de un servicio, para satisfacer una necesidad definida. El Consejo de Europa, en 1997 definió la calidad de los cuidados como el nivel a partir del cual las prestaciones de cuidados dispensados al paciente aumentan la probabilidad de los resultados esperados y disminuyen aquellos resultados no esperados, teniendo en cuenta los conocimientos actuales.

Los componentes potenciales de la calidad de los cuidados incluyen los elementos siguientes: la accesibilidad, la eficacia, la eficiencia, la satisfacción del paciente, la seguridad del ambiente en el que se ofrecen los cuidados, el carácter apropiado de los cuidados (Jacquerye, 1999).

El mismo autor considera deben evaluarse los sistemas de salud en su totalidad y según sus resultados para intentar aportar mejoras para que los cuidados de la salud sean:

- **Efectivos:** la oferta de los cuidados a la salud deben demostrarse con resultados

- **Eficaces:** la prestación de los cuidados debe maximizar la utilización de los recursos y evitar los residuos. Esta complejidad reside en parte en la divergencia de los objetivos de los diferentes partes involucradas.
- **Accesibles:** ofrecer cuidados para la salud en el tiempo oportuno, sobre la zona geográfica pertinente y ofrecer competencias y recursos apropiados para las necesidades.
- **Aceptables / Centrados en los pacientes:** ofrecer los cuidados de salud que tienen en cuenta las preferencias y aspiraciones de los usuarios individuales y las culturas de sus comunidades.
- **Igualitarios:** ofrecer cuidados que no varíen en su calidad a causa de las características personales como el sexo, la raza, origen étnico, situación geográfica o estatus socio-económico.
- **Seguro:** ofrecer cuidados que minimicen los riesgos y molestias a los usuarios del servicio.

#### 5.5.1. Roles y responsabilidades en la mejora de la calidad

Otra forma de abordar la calidad dentro de los sistemas de salud es diferenciar los roles y responsabilidades en las diferentes partes de un mismo sistema.

Las principales preocupaciones consistieron en mantener el funcionamiento del conjunto del sistema en evaluación, en este caso el rol de la comadrona, quien acoge a una mujer en la sala de partos, y tratar de elaborar estrategias focalizadas en mejorar sus resultados de calidad.

La comadrona es la persona encargada de ofrecer los cuidados y buscará comprender las necesidades y aquello que esperan a quienes cuida (parturienta y familia), con la finalidad de ofrecer los mejores resultados.

Durante los 20 últimos años, el trabajo de comadrona se ha transformado y renovado en numerosos países. Ciertas comadronas y adeptos de esta práctica perciben esta renovación como un verdadero movimiento colectivo, las mujeres reclaman que el proceso del parto sea confiado a las comadronas, ellas mismas reivindican las prerrogativas inherentes a su profesión (Farnsworth, 1994). Las mujeres y las comadronas han creado juntas un nuevo modelo de práctica, inspirado en una filosofía que considera

el embarazo como un estado de salud, el parto como un proceso fisiológico normal, y pacientes y profesionales como partes iguales (Newby, 1990 ; Donley, 1993; Page, 2004).

Se han evaluado las etapas descritas según Page L.A. (2004), para conciliar la escucha de las necesidades individuales y las pruebas científicas de la práctica que son necesarias para mantener la calidad de los cuidados que la comadrona ofrecerá a la mujer.

Se trata de descubrir lo que es importante para la mujer y para su familia para ofrecer cuidados personalizados; conocer su historial clínico sobre sus antecedentes médicos sobre el transcurso del embarazo, y utilizar éstas informaciones. Si fuese necesario, pueden buscarse publicaciones y estudios que traten aspectos o situaciones similares a aquella que se nos presente para evaluar las pruebas y tomar decisiones claras. Seguidamente, una discusión abierta con la mujer y su familia puede ser desarrollada para reflexionar sobre los sentimientos, elecciones y consecuencias.

Muir Gray (1997, p.213) describe la práctica clínica fundada sobre pruebas como “la utilización de juicios como los mejores elementos de prueba disponibles con la finalidad de que el sanitario y la paciente lleguen a la mejor decisión, habiendo considerado las necesidades y los valores del paciente”. Recomienda basarse en las pruebas para aclarar las decisiones en los diferentes dominios: política, recomendaciones de buenas prácticas, organización adecuada de los cuidados, decisiones concernientes a la salud pública (por ejemplo la utilización de los recursos financieros), decisiones médicas, informaciones para aclarar las decisiones tomadas por las mujeres, promoción de la salud y adaptación al rol de padre. (Page, 2004)

Las mujeres y sus familias deben siempre ser tratadas con dignidad, respeto y amabilidad. La visión, las creencias y los valores de la mujer, su compañero y su familia son el aspecto central de sus cuidados y de los de su bebé, por lo que deben ser respetados en todo momento. La mujer deberá estar totalmente implicada en la planificación de su parto para que los cuidados sean adaptados y en la medida de lo posible, para responder a sus necesidades y a las de su bebé.

Las mujeres deberán tener la posibilidad de tomar decisiones claras sobre sus cuidados y sobre los tratamientos que puedan ser necesarios. Si una mujer no es capaz de tomar sus propias decisiones, los trabajadores de la salud seguirán las directivas marcadas por el hospital o por el ministerio de sanidad “guía de referencia de consentir un examen o tratamiento” (2009).

Una buena comunicación entre profesionales de la salud y la mujer, así como con su familia es esencial.

### 5.5.2. Prolongación de la Fase de Latencia

Para decir que la fase de latencia es prolongada, se necesita que la duración máxima autorizada sea ultrapasada. Este tiempo máximo puede variar según los autores. Según los criterios de Friedman (1978), la FL normal debe durar menos de 20 horas en las nulíparas y menos de 14 horas en las multíparas. Por otro lado O'Driscoll, Meagher y Robson (2003) establecen menos de 10 horas, pues esperar más de entre 6 a 10 horas deterioraría incluso la moral de aquellas pacientes que fuesen más colaboradoras (Lansac, J., 2011).

Si las contracciones son mal soportadas por la mujer, o si el atraso resulta verdaderamente largo, varias alternativas son posibles, tras haber reevaluado las condiciones obstétricas.

Es entonces el momento de determinar si es posible preservar la fisiología o bien si será necesario proponer acciones medicas.

Según Austin (1999) y Lowdermilk (2008), existen diferentes estimulantes para acelerar la primera fase de TP. Ofrecen alternativas como por ejemplo: la deambulaci3n, las relaciones sexuales, el aceite de ricino, los microenemas, las preparaciones a base de plantas, la preparaci3n del perineo, la estimulaci3n de pez3n. Concerniente a la opci3n de tomar una ducha o bien una ba1o caliente (Austin D.A., Calderon L., 1999) se describe que la ducha caliente tiene tendencia a tener un efecto m1s estimulante. A pesar de la descripci3n de ciertos autores como Austin (1999), existe una falta de investigaciones de Evidencias de Base M3dica con el fin de promover y apoyar los resultados transcritos por este autor.

La estimulaci3n del seno y del pez3n, manual o con el saca-leche el3ctrico, puede utilizarse para intensificar los signos de la FL. Esto consiste en estimular hasta el inicio de la contracci3n y dejar de estimular durante la misma y hasta que esta termine. Esto puede ser repetido hasta obtener 3 contracciones en 10 minutos. Una vigilancia con CTG continuo es recomendada (Freeman, R.; Garite, T.; Nageotte, M., 1991).

Por el contrario, si el conjunto de intervenciones no farmacol3gicas no mejora la situaci3n de la mujer y para evitar que la situaci3n no se torne patol3gica, convendr1a recurrir a la medicalizaci3n siguiendo la gui1a del *active management*. Puede ofrecerse como tratamiento seg1n la situaci3n: una amniotom1a, perfusi3n oxit3cica IV, epidural, auscultaci3n continua de la FCF con el CTG (Lansac, J., 2011); Lowdermilk, 2008;

(Neal, J.L.; Lowe, N.K.; Ahijevych, K.L.; Patrick, T.E.; Cabbage, L.A.; Corwin, E.J., 2010).

## **5.6. Metodología**

Este capítulo expone el conjunto de búsquedas efectuadas para la obtención de los artículos de investigación recabados en esta revisión de literatura. En un primer momento se escogieron y describieron las bases de datos que a continuación serán presentadas. El lanzamiento de palabras clave y de descriptores para cada base de datos será explicada con la intención de que se pueda comprender como se construyó la ecuación de investigación. Finalmente las búsquedas para cada base de datos será detallada, seguido por el método de selección de los artículos para la revisión de la literatura y la presentación de los artículos retenidos.

Se trató de una revisión sistemática de la literatura centrando el foco de atención en las intervenciones de la comadrona durante la FL del TP, así como el momento en el que diagnosticarla y poder conocer los beneficios de una correcta actuación por parte de la profesional.

Se pretendió acceder a la investigación científica publicada en los últimos 10 años, entre el periodo 2003 – 2013, aun así, para descubrir los orígenes, y comprender el fundamento y la evolución de las creencias actuales, se escogió como lectura y no como análisis, algunos estudios antiguos del fundador de éstas teorías.

Fueron incluidos solamente 7 estudios (siendo una revisión sistemática de la literatura) de los 136 encontrados en las bases de datos, métodos y descriptores anteriormente descritos, los escogidos para ser analizados.

### **5.6.1. Bases de datos**

La elección de las bases de datos estuvo vinculada a los campos disciplinares retenidos con la intención de tener en cuenta las diferentes perspectivas de la pregunta de investigación. Como se mencionó precedentemente, se trata de la obstetricia, la tocología o de las comadronas, así como la calidad de los cuidados. É aquí las 3 bases de datos seleccionadas:

- CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)

- PubMed
- MIDIRS (Midwives Information and Resource Service)

### **CINAHL**

Esta base de cuidados bibliográfica ofrece, tras 1981, una literatura con un repertorio de más de 2900 revisiones en el dominio de las ciencias enfermeras y las ciencias paramédicas (Universidad de Montreal, 2013). Contiene igualmente artículos de un largo abanico de dominios entre los cuales se encuentra las ciencias de la salud, la salud pública y la medicina (Elton B. Stephens Company (EBSCO, 2012). Su actualización se realiza de forma semanal (Universidad de Montreal, 2013). La elección de esta base de datos se justifica por los campos disciplinarios que cubre, como el área de las comadronas, la tocología y la obstetricia. Además, comprende un amplio número de obras, lo que ha permitido obtener resultados precisos tras las búsquedas realizadas y, con la ayuda de alertas, se ha sido redirigido hacia las últimas publicaciones revisadas.

### **PubMed**

Esta base de datos bibliográfica internacional cubre varios dominios de la salud: la medicina clínica, la anatomía y la fisiología, farmacología, la odontología, la psiquiatría y la psicología, la sanidad pública, y los cuidados enfermeros. Esta base de datos, goza de una actualización cotidiana y esta dirigida por la National Library of Medicine (NLM) quien examina cerca de 5400 revisiones médicas (Serex & Bréaud, 2012).

### **MIDIRS**

Esta base de datos desarrollada en 1988 comprende más de 120000 referencias provenientes de más de 550 revisiones internacionales anglosajonas pertenecientes al dominio de la tocología. Se trata de un recurso esencial para las universidades y los profesionales de la salud implicados en la acogida hospitalaria de las mujeres y niños en edad pediátrica (Cyprus University of Tecnology, 2012). Propone una literatura relacionada con el embarazo, el trabajo, el parto y los cuidados posnatales y neonatales durante el primer año de vida. Constituye pues una base de datos de referencia para la profesión comadrona. Cerca de mil publicaciones son adjuntadas cada mes a la base de

datos (RCM, 2008). Esta base de datos cubre de forma muy precisa el campo de investigación elegido ya que es específica de la profesión comadrona.

#### 5.6.2. Fase de investigación

La estrategia de investigación se inició con la inserción de los elementos de la pregunta de investigación en una tabla bajo el formato “PICO” (Population, Intervention, Contrôle et Outcome) en la tabla nº 1 y por la identificación de las palabras clave que están vinculadas. Estos dos elementos han permitido determinar el campo de investigación.

**TABLA 1: Formato PICO para la elaboración de la pregunta de investigación**

P – Paciente, Problema	El rol de la comadrona
I- Intervención, factor de riesgo o pronóstico	El diagnóstico de la fase de latencia
C - Comparador	
O – Outcome (Evento cuantificable)	Los cuidados de maternidad de calidad

##### 5.6.2.1. Construcción de las palabras clave y de los descriptores

En este capítulo se exponen detalladamente por escrito como a partir de cada palabra clave escogida e incluida en la temática, se escogieron los descriptores que posteriormente fueron lanzados como motor de búsqueda de artículos en cada una de las bases de datos utilizadas. (Tabla 2)



**TABLA 2: Palabras clave y descriptores**

<b>Temática</b>	<b>Palabras clave (originalmente en francés)</b>	<b>Palabras clave traducidas al inglés</b>	<b>Mesh terms PubMed</b>	<b>CINAHL</b>	<b>MIDIRS</b>
Fase de Latencia	Primer periodo del trabajo de parto, Parto normal, Manejo Activo.	First stage of labour, Latent phase of labour, Normal labour, Active management	Labour stage, first Latent phase of labour,	Labour stage, first Latent phase of labour,	Labour stage, first Latent phase of labour,
Rol de la comadrona	Comadrona, Enfermeras Obstétricas Tocología	Midwife, midwives Mydwifery	Midwifery	Mydwifery attitude	Mydwifery attitude
Comadrona	Comadrona	Midwife	Midwifery Midwife Nurse-midwife Nurse Midwives	Midwifery	Midwifery
Manejo Activo	Manejo Activo	Active management of labour	Active management	Active management	Active management
Calidad de los cuidados	Calidad de la Atención de Salud	Quality of health care	Quality of health care	Quality of health care	Quality of health care

#### 5.6.2.2. Construcción de la ecuación de investigación

Una vez establecidos los descriptores necesarios (especificados en el apartado anterior) se construyeron diferentes ecuaciones de investigación para realizar los primeros lanzamientos para la búsqueda de artículos de artículos.

Se presentan los lanzamientos que fueron realizados para las bases de PubMed (Tabla 3) y CINAHL (Tabla 4), ya que en la base MIDIRS no se encontraron resultados; así como también se detallan el número total de artículos encontrados según cada ecuación buscada en cada base de datos.

Al lanzar las palabras clave para encontrar los artículos relacionados con la pregunta de investigación, se debió realizar ecuaciones simples ya que no existen estudios detallados sobre el tema de investigación. Por ello, se tubo que realizar un triaje de entre 136 artículos encontrados y relacionados con el tema de investigación. De este total se escogieron 38 para realizar la revisión de literatura dado que se consideraban más adecuados y ceñidos a la pregunta de investigación planteada, aunque solamente 30 habían sido publicados en los últimos 10 años. Finalmente, solo 7 de estos 30 artículos fueron seleccionados por su contenido para analizar y comparar sus resultados.

**TABLA 3: Ecuación de investigación y número de resultados para la base de datos PubMed**

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#36	<a href="#">Add</a>	Search (("Quality of Health Care"[Mesh]) AND "Labor Stage, First"[Mesh]) AND (("Midwifery"[Mesh]) OR "Nurse Midwives"[Mesh])		08:33:20
#34	<a href="#">Add</a>	Search ("Labor Stage, First"[Mesh]) AND "Quality of Health Care"[Mesh]		08:18:11
#33	<a href="#">Add</a>	Search ("Quality of Health Care"[Mesh]) AND (("Midwifery"[Mesh]) OR "Nurse Midwives"[Mesh])		08:16:17
#32	<a href="#">Add</a>	Search "Quality of Health Care"[Mesh]		08:15:46
#27	<a href="#">Add</a>	Search ("Labor Stage, First"[Mesh]) AND "active management"		08:11:47
#25	<a href="#">Add</a>	Search (((("Midwifery"[Mesh]) OR "Nurse Midwives"[Mesh])) AND "active management"		08:06:49
#24	<a href="#">Add</a>	Search (((("Midwifery"[Mesh]) OR "Nurse Midwives"[Mesh])) AND active management		08:06:13
#22	<a href="#">Add</a>	Search (((("Midwifery"[Mesh]) OR "Nurse Midwives"[Mesh])) AND "Labor Stage, First"[Mesh]	53	08:03:45
#21	<a href="#">Add</a>	Search ("Midwifery"[Mesh]) OR "Nurse Midwives"[Mesh]	18803	08:02:12
#13	<a href="#">Add</a>	Search "Midwifery"[Mesh]	13903	07:57:18
#12	<a href="#">Add</a>	Search "Nurse Midwives"[Mesh]	5727	07:56:10
#8	<a href="#">Add</a>	Search "Labor Stage, First"[Mesh]	1033	07:53:51

**TABLA 4: Ecuación de investigación y número de resultados para la base de datos  
CINAHL**

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
S20	(MH "Cervix Dilatation and Effacement/EV")	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">Rerun</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S19	vaginal touch	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">Rerun</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S18	((MH "Midwifery+") OR (MH "Midwife Attitudes") OR (MH "Midwives+") ) AND (MH "Labor Stage, First")	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">Rerun</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S17	((MH "Midwifery+") OR (MH "Midwife Attitudes") OR (MH "Midwives+") ) AND (MH "Labor Stage, First") AND (MH "Quality of Health Care+")	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">Rerun</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S16	(MH "Midwifery+") OR (MH "Midwife Attitudes") OR (MH "Midwives+")	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">Rerun</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S15	(MH "Quality of Health Care+")	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">Rerun</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S14	(MH "Midwifery+")	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">Rerun</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S13	(MH "Midwife Attitudes")	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">Rerun</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S12	(MH "Midwives+")	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">Rerun</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S11	(MH "Labor Stage, First")	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">Rerun</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S10	(MH "Cervix Dilatation and Effacement/EV")	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">View Results</a> (24) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S9	vaginal touch	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">View Results</a> (10) <a href="#">View Details</a>
S8	((MH "Midwifery+") OR (MH "Midwife Attitudes") OR (MH "Midwives+") ) AND (MH "Labor Stage, First")	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">View Results</a> (41) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S7	((MH "Midwifery+") OR (MH "Midwife Attitudes") OR (MH "Midwives+") ) AND (MH "Labor Stage, First") AND (MH "Quality of Health Care+")	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">View Results</a> (8) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S6	(MH "Midwifery+") OR (MH "Midwife Attitudes") OR (MH "Midwives+")	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">View Results</a> (20,040) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S5	(MH "Quality of Health Care+")	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">View Results</a> (293,902) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S4	(MH "Midwifery+")	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">View Results</a> (13,099) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S3	(MH "Midwife Attitudes")	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">View Results</a> (940) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S2	(MH "Midwives+")	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">View Results</a> (7,611) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S1	(MH "Labor Stage, First")	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">View Results</a> (244) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>

### 5.6.2.3. *Presentación de los resultados*

Tras la revisión de literatura fueron analizados 7 artículos de los 136 hallados en un inicio en las bases de datos científicas consultadas: PubMed, CINAHL, MIDIRS.

Los estudios seleccionados (Tabla 5) revelan la existencia de falta de consenso entre los diferentes autores para definir como diagnosticar la transición de la Fase de Latencia a la Fase Activa del trabajo de parto. Cada investigador propone parámetros de dilatación del cuello uterino diferentes, varias velocidades de dilatación y múltiples factores que afectan directa e indirectamente este momento. Tampoco coinciden sobre la existencia de una sola forma de intervenir frente a la FL para poder mantener la fisiología de todo el proceso.

Emanuel A. Friedman, ya en 1950 realizó una serie de estudios a mujeres durante el TP para conocer cuál era el tiempo de evolución entre las diferentes etapas. (Friedman, 1969). Este estudio ha sido la base de trabajo de varias generaciones de profesionales de la obstetricia y aún hoy en día autores como Pitkin (2003) confirman los mismos resultados mediante estudios más recientes, afirmando que las mujeres nulíparas tardan mayor tiempo que las multíparas en pasar cada fase del TP y estandarizando la transición de la FL a la FA del TP entre los 2,5 y 4 cm de dilatación, a una velocidad mínima de 1,2 cm/h para primíparas y 1,5 cm/h para multíparas.

Dado que se verifica un aumento de muerte fetal y perinatal en los TP más largos, los autores O'Driscoll, Meagher y Robson (2003), estandarizaron unos tiempos máximos para cada etapa del TP de forma que para no exceder estos límites, introducen técnicas y métodos farmacológicos para acelerar el parto (incluidos en la descripción del Active Management) y aumentando así la calidad de los cuidados ofrecidos. Estos autores defienden seguir una velocidad de dilatación de 1,6 cm/h en la FA y 0,8 en la FL.

En los últimos 10 años, varios autores han querido valorar la posibilidad de estandarizar todos los trabajos de parto por igual. El punto de transición de la FL a la FA así como todo el TP es incierto e individual para cada experiencia de cada mujer, pues depende también de los factores psicológicos. (Woods, 2006) La transición de la FL a la FA del TP según Neal et Al. (2010) transcurre entre los 3 y 5 cm de dilatación media dependiendo de si se trata de mujeres nulíparas o multíparas) aproximadamente a 1,2 cm/h pero siendo aceptable llegar a 0,6 cm/h. Gross et Al. (2005), acuerdan que sólo la

paridad tiene fuertes efectos en la duración de la FL, pues el resto de factores, como por ejemplo la RPM, son individuales para cada paciente y dependen del orden en el que se presenten. Por otro lado, hay autores que valoran de forma importante el trabajo técnico y de acompañamiento realizado por la comadrona y por los estudiantes de obstetricia durante todo el TP, por ejemplo proveyendo una presencia continua e implicación activa, ya que se ha demostrado que mediante estos factores se contribuye a un óptimo resultado en la transición de cada etapa para todos los involucrados, favoreciendo la confianza, la relajación y la seguridad (Baston, H. 2004). Albers (2007) propone trabajar con profesionales que crean en el parto fisiológico y que sientan la confianza suficiente para llevarlos a cabo para así obtener un mayor número de partos vaginales; pues asocian éste tipo de parto con una mejora de la calidad de cuidados ofrecidos, disminución de la morbilidad materno-fetal y perinatal. Para él, la FA del TP empieza a los 4 cm de dilatación y continuando con una velocidad media de 0,8 cm/h, pero valora como factor más importante el tiempo total del TP, estableciéndolo entre 6,2 y 7,7 horas de duración. Este mismo autor también proclama que una organización del trabajo en la sala de partos mediante la aplicación de la práctica *One to One*, mejora los cuidados con el continuo seguimiento de su situación y a través de la confianza establecida con la paciente, ya que se proporciona una comadrona para realizar el seguimiento de una sola parturienta. También destaca que el buen trabajo en equipo se torna decisivo para un óptimo control de la calidad (Albers, L.L. 2007).

Finalmente para Zhang et Al. (2010) el patrón del TP que se ha estudiado actualmente difiere del planteado por Friedman hace ya 5 décadas. Para este autor se considera que la fase activa del TP se inicia a los 5 cm de dilatación para las parturientas multíparas y a los 6 cm para las primíparas. Además, la velocidad de dilatación analizada por Zhang es considerablemente más lenta que la planteada por Friedman, llegando a demorar hasta 3 horas más para pasar del inicio de la fase activa a los 10 cm encontrados en la dilatación completa.

**TABLA 5: Resultados de los estudios analizados**

<b>Autores</b>	<b>Diseño</b>	<b>Participantes</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
<b>Pitkin, Roy M. (2003)</b>	Estudio prospectivo descriptivo transversal observacional	500 nulíparas 500 múltiparas	Técnica gráfico-estadística analítica	Las nulíparas tardan mayor tiempo en pasar cada fase del TP que las múltiparas. La muerte fetal y perinatal aumenta en los TP más largos. Igual que Friedman considera que la FA empieza entre los 2,5 cm y 4 cm de dilatación a una velocidad mínima de 1,2 cm/h para primíparas y 1,5 para múltiparas.
<b>Neal JL; Lowe NK; Ahijevych KL; Patrick TE; Cabbage LA; Corwin, EJ. (2010)</b>	Revisión de literatura inglesa de Medline y CINAHL entre 1990 y 2008		Varios estudios	La transición de la FL a la FA del TP transcurre entre 3 y 5 cm de dilatación (3,7 cm de dilatación media para las nulíparas y 4 cm para las múltiparas) a 1,2 cm/h de media pero siendo aceptable llegar a 0,6 cm/h.
<b>Baston, H. (2004)</b>	Revisión de literatura		Varios estudios	Las comadronas y estudiantes de obstetricia tienen un rol significativo durante el TP de la mujer. Proveyendo una presencia continua e implicación activa se contribuye a un óptimo resultado para todos los involucrados.
<b>Woods, T. (2006)</b>	Revisión de literatura		Varios estudios	El punto de transición de la FL a la FA así como todo el TP es incierto e individual para cada experiencia de cada mujer pues depende de los factores psicológicos.
<b>Albers, L.L. (2007)</b>	Revisión de literatura Cochrane: 15 estudios observacionales	13.000 mujeres de 11 países diferentes	15 estudios	Obtener un mayor número de partos vaginales normales está asociado con la creencia de los profesionales en el parto fisiológico, la practica <i>One to One</i> y el trabajo en equipo. La FA del TP empieza a los 4 cm a una velocidad media de 0,8 cm/h pero valorando principalmente el tiempo total del TP entre 6,2 y 7,7 h
<b>Gross, MM.; Dronič, S.; Keirse M.J.N.C. (2005)</b>	Estudio prospectivo descriptivo transversal observacional	1.448 embarazadas a término y sin patología asociada	Análisis de métodos paramétricos	Solo la paridad tiene fuertes efectos en la duración de la FL del TP, el resto de factores son individuales de cada mujer (RPM, velocidad dilatación, soporte social, preparación parto, presencia médica) y depende del orden en el que se presenten
<b>Zhang, J.; Troendle JF.; Mikolajczyk, R.; Sundaram R; Beaver, J.; Fraser, W. (2010)</b>	Estudio prospectivo observacional	26.838 parturientas fisiológicas nulíparas a término y sin patología asociada	Análisis de métodos paramétricos	El patrón del TP contemporáneo difiere del planteado por Friedman. Se considera inicio de FA a los 5 cm para múltiparas y 6 cm para primíparas y llegando a tardar hasta 3 horas más para llegar del inicio de la FA a dilatación completa.

## 5.7. Conclusiones de la Investigación

El sujeto desarrollado ha aportado un amplio conocimiento sobre la temática de la fase de latencia, así como sobre la transición precedente y siguiente a la misma.

La FL constituye un proceso de grandes cambios durante el TP de cada mujer. Desde hace décadas se creía haber encontrado un patrón estándar de dilatación, pero se vienen demostrando ideas contrarias durante los últimos 10 años, abogándose por un mantenimiento de la fisiología durante todas las fases del TP para un mayor beneficio demostrado ante la salud materna y fetal. Tras esta revisión, se percibe de forma más clara los factores que pueden influenciar y se ofrece la información necesaria para conocer y escoger de los diferentes modelos de trabajo, aquel que pueda ser más apropiado en función de cada situación.

De la revisión de literatura realizada se puede concluir que no existe consenso sobre los parámetros que son evaluados ya que cada mujer presenta unos cambios y vivencias dispares. Existen diferentes posicionamientos según los autores para determinar cuando ocurre la transición de la FL a la FA del TP, habiendo quien afirma que esto ocurre entre los 3 y 4 cm de dilatación; otros afirman que el momento llega sobre los 6 y 7 cm, e incluso antes de la dilatación completa. Otro factor de discordancia es la velocidad de dilatación que debe presuponerse según la fase del TP en la que se encuentre la parturienta. La importancia de valorar estos factores y cuestionarse la práctica profesional utilizada, viene dada a que la actual bibliografía demuestra que diagnosticar precozmente la FL es un factor que conlleva a la paciente a sufrir cascadas de intervenciones médicas y que los partos no médicos (si intervenciones como perfusiones IV, amniotomía, instrumentos) suponen una disminución del riesgo para preservar la salud materno-fetal.

Por último, también, se extrae como conclusión la importancia de preparar física y psicológicamente a las mujeres para la vivencia del parto, así como contribuir con nuestro apoyo como profesional en todo momento. Actividades como el *One to One* pueden beneficiar a las pacientes para sentirse más seguras y confortables durante el TP y por tanto mejorará la calidad de los cuidados ofrecidos. Por otro lado, el método de trabajo *Active Management* ha demostrado minimizar los riesgos atribuidos a los trabajos de parto prolongados como la mortalidad neonatal. Por lo tanto, el conocimiento de ambas posibilidades de trabajo y una buena formación al respecto, parece ser clave para actuar ante las diferentes situaciones que puedan aparecerse y reconocer cuando resulta

adecuada cada intervención de la comadrona. Esto repercutirá en los cuidados ofrecidos a la parturienta, así como en la salud materno-fetal, en lo cual se centra el propósito de este trabajo.



## **6. CONCLUSIONES DE LAS PRÁCTICAS DE NATURALEZA PROFESIONAL**

Después de realizar las PNP en un ambiente distinto al que se conocía al principio y realizar una revisión bibliográfica las PNP se evalúan como una experiencia enriquecedora, ofreciendo un incalculable crecimiento a nivel personal y profesional.

Los objetivos que se propusieron en un inicio para las PNP fueron cumplidos, consiguiendo sobrepasar los 40 partos que reclama la comitiva europea para la otorgar la obtención de la especialidad. Se cumplieron también los objetivos específicos de prácticas y obteniendo notas oscilando entre 6 y 10 puntos sobre un máximo de 10 puntos. Para éstas prácticas de cuidados se tubo como orientación la teoría de enfermería psicodinámica de Peplau, al encontrar que la embarazada no sufre una patología clínica. Como la autora describe, la paciente vive en un equilibrio inestable donde se debe tener en cuenta el entorno, entendiéndose por ello la cultura y los valores cuando la mujer llega al entorno hospitalario (Peplau, 1993). La comadrona establece una relación terapéutica e interpersonal con la paciente, actuando de forma conjunta con el resto de procesos humanos que posibilitan la salud y aprendiendo mutuamente del proceso de resolución de problemas a partir de la relación establecida, valiéndose para todo ellos de instrumentos básicos como la observación, la comunicación y el registro. Así mismo, fueron adquiridas competencias científicas, cognitivas, éticas, instrumentales, relacionales y sensorio emocionales, con capacidad de análisis, reflexión y pensamiento crítico para establecer una practica profesional de calidad; y también se necesita defender y mantener la autonomía profesional para tomar decisiones, poder identificar las necesidades/prioridades de acuerdo con el PE y con el diagnóstico de la situación y respetando los principios éticos y deontológicos de la paciente.

A pesar de la diferencia de formación, idioma y de recursos formativos e informáticos, fue aprobado el proyecto pedido por la escuela de acogida en Suiza. Dicho proyecto aportó amplios conocimientos, desconocidos personalmente hasta la fecha, revelando de esta manera una nueva forma de atención y de práctica ante las mujeres que se encuentran en la FL del TP. Con la ayuda de la experiencia de prácticas adquirida en el país se consiguió realizar un vínculo entre la formación teórica y la práctica, para así poder aplicar en el campo de trabajo aquello que se estaba investigando. Fue muy importante conocer como podía mantenerse la fisiología del embarazo y del parto hasta el final, y mediante las PNP se ofrecieron varias posibilidades de conocer diferentes tipos de prácticas, hospitalarias y extra-hospitalarias, que fomentan el continuar ofreciendo

cuidados no invasivos para instrumentalizar los partos solamente en caso que sea aconsejado y necesario.

Finalmente, decir que ésta experiencia de PNP ha aportado inmensos beneficios que estarán presentes en la futura práctica laboral y profesional basada en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de la persona cuidada, en el sentido de contribuir para la mejora de los cuidados en Salud Sexual y Reproductiva y Salud Materna y Obstetricia (Orden de los enfermeros, 2010).

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Assotiation. (2000). *DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (Text révisé, 4 ème édition ed.). Paris: Masson.

Albers, L.L. (2007). The evidence for physiologic management of active phase of the first stage of labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 52-3, 207-215.

Albers, L.L. (1998). Midwifery management of paint of labor. *Journal Nurse Midwifery. The CNM Data Group*. 77-82.

Alehagen, S.; Wijma, B.; Lundberg, U.; Wijma, K. (2005) Fear, pain and stress hormones during childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 26(3): 153-165.

Austin D.A., Calderon L. (1999). Triaging patients in the latent phase of labor. *Journal of Nurse-Midwifery*. 44 (6), 585-591.

Bailit JL, D. L. (2005). Outcomes of women presenting in active versus latent phases phases of spontaneous labour. *Obstetrics and Gynaecology*. 105, 77-79.

Baston, H. (2004). *Looks at caring for women during the first stage of labour. The practising midwife*. 7(1), 32-36.

Bates, C. (1997). *Debating midwifery: normality in midwifery*. London: Royal College of Midwifeves.

Benaroyo, B. (2006). *Éthique et responsabilité en médecine*. Genève: Médecine et hygiène.

Blondel, B., Goffinet, F., & Bréart, G. (2001). *Évaluation des soins en obstetrique. Pour une pratique fondée sur les preuves*. Paris, France: Masson.

Bréaud, A. (2011). *PsycINFO (OvidSP): support pour effectuer des recherches dans PsycINFO*. Retrieved from <http://biblio.hesav.ch/docs/supports/psycinfo.pdf?sfvrsn=1>.

Cabrero, L., Saldívar, D., & Cabrillo, E. (2010). *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. Madrid, Eapaña: Editorial Medica Panamericana.

Churchil, F. (1996). *Churchill's system of midwifery*. Philadelphia: Blanchard & Leg.

Council, N. a. (2004). *Midwives rules and standards*. London: NMC.

Cyprus University of Tecnology. (2013). *MIDIRS: Maternity and Infant Care*. Retrieved 12 22, 2013, from MIDIRS: Maternity and Infant Care: <http://library.cut.ac.cy/en/midirs-maternity-and-infant-care>

Davis-Floyd, R. E., Barclay, L., Daviss, B.-A., & Tritten, J. (2009). *Birth models that work*. (T. R. California, Ed.) Berkeley and Los Angeles, California, EEUU: University of California Press.

Département de gynécologie-obstétrique et génétique médicale (2013), Guideline Service d'Obstétrique. Centre Hospitalier Canton de Vaud. Suisse.

Donna, S. (2011). *Promoting normal birth: research, reflections & guidelins*. (S. Donna, Ed.) La Vergne, USA: Fresh Heart.

Downe, S.; E. Davis-Floyd, R. (2009). *Normal childbirth: Evidence and debate* (2nd ed.). (S. Downe, Ed.) China: Elsevier.

EBSCO. (2012). *Cumulative Index to Nursing and Allied health Literature*. Retrieved 22 12, 2012, from <http://www.ebscohost.com/biomedical-libraries/the-cinahl-database>

Fédération suisse des sages-femmes. (n.d.). *Fédération Suisse des sages-femmes*. Retrieved 12 03, 2013, from [www.hebamme.ch](http://www.hebamme.ch): <http://www.hebamme.ch/fr/>

Huhn, K.A.; Brost, B.C. (2004). Accuracy of simulated cervical dilation and effacement measurements among practitioners. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 191, 1797–9.

Loyd, R.D. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 75 S5-S23.

Fortin, M.-F. (2010). *Fondement et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière Éducation.

Freeman, R.; Garite, T.; Nageotte, M. (1991). *Fetal heart rate monitoring* (2ème edition ed.). Baltimore: Wiliam & Wilkins.

Friedman, E. (1978). *Labour: clinical evaluation and management* (2nd Edition ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.

Friedman, E.A. (1969). Preterm Labour. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 104 (8), 1152-8.

- Friedman, E. A. (1955). Primigravid labor. A graphicostatistical analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 6(6):567-89.
- Gasquet, Bernadete. (2012). *Accouchement. La méthode de Gaquet*. Paris: Hachette Livre (Marabout).
- Government of the United Kingdom (2009, 9 4) *www.dh.gov.uk*. Retrieved 4 1, 2014, from: <https://www.gov.uk/government/publications/reference-guide-to-consent-for-examination-or-treatment-second-edition>
- Green, J.M. (2009). Early labor: What's the problem? *Journal Compilation Birth*. 36:4.
- Greulich, B.; Tarrant, B. (2007). The latent phase of labor: diagnosis and Management. *Journal Nurse Midwifery*. 52:190-198.
- Gross, M.M.; Drobníč, S.; Keirse, M.J.N.C. (2005). Influence of Fixed time-dependent factors on duration of normal first stage of labour. *Birth*. 32:1, 27-33.
- Hunter, L.; Chern-Hughes, B. (1996). Management of prolonged latent phase labor. *Journal Nurse Midwifery*. 41, 383-8.
- Jacquerye, A. (1999). *La qualité des soins Infirmiers: Implantation, évaluation, accréditation*. France: Éditions Maloine.
- Janssen, P. A.; Desmarais, S.L. (2013). Women's experience with early labour management at home vs. in hospital: A randomised controlled trial. *Midwifery*. 29(3): 190-4.
- Khresheh, R. (2010) Support in the first stage of labour from a female relative: the first step in improving the quality of maternity services. *Midwifery*. 26 e21-e24.
- Lansac, P. J. (2011). *Pratique de l'accouchement* (5e édition ed.). Paris: MASSON ELSEVIER.
- Janssen, P.A.; Desmarais, S.L. (2013). Women's experience with early management at home vs. in hospital: A randomised controlled trial. *Midwifery*. (29) 190-194.
- Kjærgaard, H.; Olsen, J.; Ottesen, B.; Dykes, A.K. (2009). Incidence and outcomes of dystocia in the active phase of labor in term nulliparous women with spontaneous labor onset. *Acta Obstetricia and Gynecologica*. 88: 402-407
- King, TL. (2012). A new era in intrapartum care: Moving beyond the Friedman curve. *Journal of midwifery & women's health*. 313-314.

- Lee, B. (1999). Royal Society of Midwives forum: What is normal birth? *RCM Midwives Journal*. 2, 386-387.
- Loiselle, C. P.-M. (2007). *Méthodes de recherches en sciences infirmières: approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent: ERPI.
- Lowdermilk, D., & Perry, E. (2008). *Maternity Nursing*. (7. edition, Ed.) New York: Elsevier.
- McIntosh, T. (2013). The concept of early labour in the experience of maternity in twentieth century Britain. *Midwifery*. 29: 3-9.
- Ministerio de España (2010, 31 1). [www.msssi.es](http://www.msssi.es). Retrieved 14, 2014, from [www.msssi.es](http://www.msssi.es):  
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
- Montréal, U. d. (2013). <http://www.bib.umontreal.ca/sa/cinahl.htm>. Retrieved 12 22, 2013, from <http://www.bib.umontreal.ca/sa/cinahl.htm>:  
<http://www.bib.umontreal.ca/sa/cinahl.htm>
- Myles, M.F. (1985). *Myles textbook for midwives* (10ème edition ed.). (Edinburgh, Ed.) Edinburgh: Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Neal, J.L.; Lowe, N.K.; Ahijevych, K.L.; Patrick, T.E.; Cabbage, L.A.; Corwin, E.J. (2010). "Active Labor" duration and dilatation rates among low-risk, nulliparous women with spontaneous labor onset: a systematic review. *Journal Midwifery Womens Health* (55(4)). 308-318.
- Nyman, V.; Downe, S.; Berg, M. (2011). Waiting for permission to enter the labour Ward world: first time parents experiences of the first encounter on a labour Ward. *Sexual and reproductive healthcare*. 2, 129-134.
- O'Driscoll, K., Meagher, D., & Robson, M. (2003). *Active Management of Labour. The Dublin Experience*. (4th Edition ed.). Mosby, an affiliate of Elsevier Limited.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro*

*especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Paccoud, G. e. (1993). *Organiser des Soins de Qualité en Maternité*. Paris, France: Arnette.

Page, L. A., Percival, P., & Kitzinger, S. (2004). *Le nouvel art de la sage-femme. Science et écoute mises en pratique* (chapitres 6, 7 et 8 ed.). (S. t. World, Trans.) Paris, France: Elsevier.

Peisner, D.; Rosen, M. (1996). Transition from latent to active phase labor. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. (68). 448-51.

Peplau, H E. (1993) *Relaciones interpersonales en enfermería – un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*; Barcelona: Masson.

Phelps, J.Y.; Higby, K.; Smyth, M.H.; Ward, J.H.; Arredondo, F., Mayer, A.R. (1995). Accuracy and intraobserver variability of simulated cervical dilatation measurements. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Volume 173, Number 3, Part 1.

Pitkin, Roy M. (2003) Primigravid labor: A graphicostatistical analysis. *The American college of Obstetricians and gynecologists*. Elsevier. Volume 101 (2) 216.

Repond, M. (2009). *Au coeur de la maternité*. Fribourg, Suisse: La Sarine.

Royal College of Midwives. (2008). *MIDIRS/RCM Standard Searches Service*. Retrieved 12 22, 2013, from <http://www.rcm.org.uk/college/your-career/information-services/midirs/>

Santonja L, J. (2003, Noviembre-Diciembre 7 (6)). La evolución del parto normal. *Asistencia al parto*. pp. 378-382.

Serex, A. &. (n.d.). *Medline-Pubmed: support pour effectuer des recherches dans Medline, version PubMed [Polycopié]*. Retrieved 12 22, 2012, from <http://biblio.hesav.ch/docs/supports/pubmed.pdf?sfvrsn=3>

Setbon, M. (2000). La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective? *Sociologie du travail*. 42, 51-68.

Sosa, C.G.; Althabe, F.; Belizan, J.M.; Buekens, P. (2011) Use of oxytocin during early stages of labor and its effect on active management of third stage of labor. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 204:238.e1-5.

The CNM data group. (1998). Midwifery management of pain in labor. *Journal Nurse Midwifery*. (43), 77-82.

Towler J, B. J. (1986). *Midwives in historie and society*. London: Croom Helm.

UNICEF; OMS; FNUPA. (1997, janvier 31). *Organisation Mondiales de la Santé*. Retrieved décembre 14, 2013, from Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent:

[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9280631985/fr/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9280631985/fr/index.html)

United Nations. (2013, juin). *United nations*. Retrieved septembre 27, 2013, from <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/mortality.htm>: <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/mortality.htm>

Université de Genève. (n.d.). *Choisir les bases de données*. Retrieved from <http://web.ebscohost.com/ehost/search/advanced?sid=ae750b5a-cf7d-41ea-bcef-e1261d930563%40sessionmgr15&vid=2&hid=12&lg=1>

Walsh, D. (2009). *Evidence-based Care for Normal Labour and Birth. A guide for midwives*. New York: Routledge.

Williams, A.C.; Morris, J.; Stevens, K.; Gessler, S.; Cella, M.; Baxter, J. What influences midwives in estimating labour pain? *European journal of pain*. 17:86-93.

Woods, T. (2006). The transitional stage of labour. *MIDIRS: Midwifery Digest*. 16 (2), 225-228.

Zhang, J.; Troendle J.F.; Mikolajczyk, R.; Sundaram R.; Beaver, J.; Fraser, W. (2010). The Natural History of the Normal First Stage of Labor. *Obstetrics & Gynecology*. Vol. 115, No. 4.

Zhang, J; Troendle, J. F.; Yancey, M. K. (2002). Transactions of the twenty-second annual meeting of the society for maternal-foetal medicine: Reassessing the labor curve in nulliparous women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 187(4): 824-828.